

# La santé et le bien-être des Jamésiens



# Table des matières

<b>LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX</b>	6
<b>INTRODUCTION</b>	9
<b>BUT</b>	10
<b>OBJECTIFS</b>	10
<b>TYPE DE PORTRAIT</b>	10
<b>SOURCES DE DONNÉES UTILISÉES</b>	11
<b>LIMITES RENCONTRÉES</b>	11

## SECTION 1 Déterminants de la santé

<b>1. ENVIRONNEMENT SOCIAL : CONDITIONS DE VIE ET MILIEUX DE VIE</b>	13
1.1. Proportion et taux de naissances vivantes de mères âgées de moins de 20 ans	14
1.2. Proportion de naissances vivantes de mères faiblement scolarisées	15
1.3. Indice d'insécurité alimentaire	15
1.4. Sentiment d'appartenance à la communauté locale	16
1.5. Être membre d'un organisme à but non lucratif	16
1.6. Fréquence de participation aux activités d'un organisme à but non lucratif	17
1.7. Personnes prodiguant des soins aux personnes âgées sans rémunération	18
<b>2. ENVIRONNEMENT PHYSIQUE</b>	20
2.1. Eau potable	20
2.2. Qualité de l'air	22
2.3. Logements privés nécessitant des réparations majeures	23
2.4. Travailleurs exposés à certaines situations de risque en milieu de travail	23
<b>3. HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS FAVORISANT LA SANTÉ</b>	25
3.1. Allaitement	26
3.2. Habitudes alimentaires	27
3.3. Activité physique	27
3.4. Usage du tabac	29
3.5. Consommation d'alcool	31
3.6. Consommation de drogues	32
3.7. Comportements sécuritaires reliés à la contraception et la lutte aux infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS)	32
3.8. Couverture vaccinale contre l'influenza	34

<b>4. UTILISATION DES SERVICES SOCIAUX ET DES SOINS DE SANTÉ</b>	<b>35</b>
4.1. Qualité des soins	35
4.2. Accessibilité des soins de santé reçus	36
4.3. Avoir un médecin de famille	36
4.4. Consultation d'un professionnel de la santé incluant un médecin ou un spécialiste	37
4.5. Besoins de santé non comblés	37
4.6. Visite chez le dentiste	38
4.7. Soutien à domicile	38
4.8. Services assurés	38
4.9. Dépistage par mammographie	39
4.10. Test de PAP	40
4.11. Avortements à l'adolescence	40
4.12. Consommation de médicaments	40
4.13. Taux d'hospitalisation	41
4.14. Proportion de chirurgies d'un jour	42
4.15. Rétention hospitalière	43
4.16. Taux d'hospitalisation évitable liée à des conditions propices aux soins ambulatoires	43

## SECTION 2 État de santé

<b>5. ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE</b>	<b>45</b>
5.1. Population se percevant en bonne santé	45
5.2. Indice fonctionnel global de l'état de santé	46
5.3. Limitations d'activités	46
5.4. Blessures	46
5.5. Incapacité et besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique	46
<b>6. ÉTAT DE SANTÉ PSYCHOSOCIALE ET MENTALE</b>	<b>47</b>
6.1. Population se percevant en bonne santé mentale	48
6.2. Satisfaction de la vie	48
6.3. Stress quotidien et au travail élevé	48
6.4. Risque de dépression	48
6.5. Idéations suicidaires	49
<b>7. MORBIDITÉ</b>	<b>50</b>
7.1. Naissances de faible poids	50
7.2. Naissances prématurées	51
7.3. Indice de masse corporelle	52

7.4.	Problème de santé de longue durée	52
7.5.	Incidence du cancer	53
7.6.	Hospitalisation selon le diagnostic principal	54
7.7.	Incidence des infections transmises sexuellement et par le sang	55
<b>8.</b>	<b>MORTALITÉ</b>	<b>56</b>
8.1.	Espérance de vie à la naissance	56
8.2.	Mortalité périnatale et infantile	57
8.3.	Taux brut et taux ajustés de mortalité	57
8.4.	Taux des années potentielles de vie perdues	58
8.5.	Mortalité selon la cause	59
	<b>CONCLUSION</b>	<b>63</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>66</b>
	<b>ANNEXE 1</b> Tableau de bord des indicateurs des déterminants et de l'état de santé des Jamésiens	<b>69</b>

# Liste des figures

## SECTION 1 Déterminants de la santé

<b>Figure 1</b>	Proportion de mères âgées de moins de 20 ans (moyennes mobiles), Nord-du-Québec et le Québec, 1986-1988 à 2003-2005	14
<b>Figure 2</b>	Proportion de naissances vivantes de mères ayant une faible scolarité (moins de 11 années de scolarité), Nord-du-Québec et le Québec, 1986 à 2005	15
<b>Figure 3</b>	Répartition de la population de 12 ans et plus selon le niveau du sentiment d'appartenance à la communauté locale, Nord-du-Québec et le Québec, 2005	16
<b>Figure 4</b>	Proportion de la population de 12 ans et plus, membres d'un organisme à but non lucratif, Nord-du-Québec et le Québec, 2003	17
<b>Figure 5</b>	Répartition de la population de 12 ans et plus, membres d'un groupe à but non lucratif selon la fréquence de participation aux activités de l'organisme, Nord-du-Québec et le Québec, 2003	18
<b>Figure 6</b>	Proportion de la population de 15 ans et plus prodiguant des soins aux personnes âgées sans rémunération, Nord-du-Québec, 2006	19
<b>Figure 7</b>	Répartition de la population selon le mode de traitement de l'eau potable, Nord-du-Québec et le Québec, 2003	21
<b>Figure 8</b>	Indicateurs reliés à l'exposition à la fumée secondaire à la maison parmi la population de 12 ans et plus, Nord-du-Québec et le Québec, 2005	22
<b>Figure 9</b>	Proportion de logements privés nécessitant des réparations majeures, Nord-du-Québec et le Québec, 2006	23
<b>Figure 10</b>	Proportion de travailleurs de 15 ans et plus exposés à certaines situations à risque en milieu de travail, région de travail du Nord-du-Québec et le Québec, 1998	24
<b>Figure 11</b>	Taux d'allaitement exclusif pour différentes durées, Nord-du-Québec, le Québec et cibles ministérielles, 2005-2006	26
<b>Figure 12</b>	Proportion de personnes actives âgées de 18 ans et plus, Nord-du-Québec et le Québec, 2005	28
<b>Figure 13</b>	Proportion de fumeurs réguliers et occasionnels, Nord-du-Québec, 2005	29
<b>Figure 14</b>	Port du condom lors des relations sexuelles parmi les jeunes actifs sexuellement selon le sexe, Nord-du-Québec, 2002	33

<b>Figure 15</b>	Nombre de partenaires différents parmi les jeunes actifs sexuellement durant l'année précédant l'enquête, Nord-du-Québec, 2002	33
<b>Figure 16</b>	Proportion de la population de 12 ans et plus n'ayant pas de médecin de famille selon les raisons expliquant le fait de ne pas en avoir, Nord-du-Québec et le Québec, 2005	36
<b>Figure 17</b>	Proportion de personnes de 12 ans et plus ayant consulté l'un ou l'autre des professionnels de la santé, Nord-du-Québec et le Québec, 2005	37
<b>Figure 18</b>	Proportion de personnes de 12 ans et plus assurées pour divers frais, Nord-du-Québec et le Québec, 2003	38
<b>Figure 19</b>	Taux de participation régional au PQDCS, Nord-du-Québec et le Québec selon les années civiles combinées, 2000-2007	39
<b>Figure 20</b>	Nombre moyen et taux brut d'hospitalisations pour 10 000 habitants, Nord-du-Québec, 1994-1995 à 2005-2006	41
<b>Figure 21</b>	Proportion de chirurgies d'un jour, Nord-du-Québec, 1994-1995 à 2005-2006	42
<b>Figure 22</b>	Taux de rétention des soins hospitaliers selon le type de soins, Nord-du-Québec, 1994-1997 à 2003-2006	43

## SECTION 2 État de santé

<b>Figure 23</b>	Proportion de la population jamésienne de 12 ans et plus ayant certains problèmes de santé physique, 2005	47
<b>Figure 24</b>	Proportion de la population de 12 ans et plus selon leur état de santé mentale Nord-du-Québec et le Québec, 2005	49
<b>Figure 25</b>	Proportion moyenne de naissances vivantes de faible poids, région sociosanitaire de résidence du Nord-du-Québec et le Québec, 1986-1989 à 2002-2006	50
<b>Figure 26</b>	Proportion moyenne de naissances vivantes prématurées, Nord-du-Québec et le Québec, 1986-1989 à 2002-2005	51
<b>Figure 27</b>	Nouveaux cas de tumeurs malignes, Nord-du-Québec, 1984 à 2005	53
<b>Figure 28</b>	Taux ajusté d'hospitalisation annuel moyen en soins physiques de courte durée selon le diagnostic principal, Nord-du-Québec et le Québec, 2000-2004	55

<b>Figure 29</b>	Taux brut annuel moyen de décès pour 10 000 habitants, Nord-du-Québec. Nord-du-Québec, 1986 à 2005	57
<b>Figure 30</b>	Taux ajusté de mortalité, Nord-du-Québec et le Québec, 1985 à 2003	58
<b>Figure 31</b>	Taux brut de décès pour les causes initiales les plus fréquentes, Nord-du-Québec, 1986 à 2005	59
<b>Figure 32</b>	Taux ajusté de mortalité selon les principales causes de décès, Nord-du-Québec et le Québec, 2000-2003	60

## Liste des tableaux

### SECTION 1 Déterminants de la santé

<b>Tableau 1</b>	Prévalence de certains indicateurs associés à l'usage du tabac dans la population de 12 ans et plus, Nord-du-Québec et le Québec, 2005	30
<b>Tableau 2</b>	Indicateurs associés à la dépendance à la nicotine parmi les fumeurs réguliers de 12 ans et plus, Nord-du-Québec et le Québec, 2003	31

## Introduction

Faisant suite à la parution de *Connaissez-vous les Jamésiens?* qui présentait les caractéristiques sociodémographiques des résidents de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec, cette fois, ce document offre un bilan de santé et de bien-être qui leur est propre. Sachant que les Jamésiens sont marqués par une baisse démographique, un vieillissement relativement rapide et plusieurs changements au plan de leur vie familiale, scolaire et économique; il est tout naturel que ces constats puissent affecter l'état de santé même des Jamésiens et des collectivités dans lesquelles ils vivent.

Ainsi, pour apprécier l'évolution de l'état de santé d'une population, la surveillance consiste en la description et l'analyse d'indicateurs reconnus. Ces analyses permettent de mesurer les progrès et les aggravations de l'état de santé et du bien-être. Ces données pourront contribuer à l'identification des problématiques prioritaires ainsi que les facteurs de risque sur lesquels intervenir pour agir en prévention des maladies.

La première partie de ce portrait présente les indicateurs relatifs aux déterminants de la santé qu'ils soient associés aux conditions et aux milieux de vie, à l'environnement physique, aux habitudes de vie et aux comportements favorisant la santé ou encore à l'utilisation des services et soins de santé. Bien que le choix des indicateurs repose sur la disponibilité des sources de données, ils ne peuvent être exhaustifs; ceux-ci représentent tous des cibles potentielles d'intervention. Soulignons que l'action de santé publique consiste justement à intervenir de façon favorable et concertée sur l'ensemble des déterminants qui ont un impact sur la santé et le bien-être.

La deuxième partie réfère quant à elle à l'état de santé même des Jamésiens selon les dimensions physique, psychosociale et mentale. Des indicateurs de morbidité et de mortalité sont également fournis afin d'identifier la prévalence de certains problèmes de santé.

## But

Cette production s'inscrit dans le cadre du *Plan d'action en santé publique du CRSSS de la Baie-James 2004-2007* qui propose comme activité de surveillance, la mise à jour du profil sociosanitaire de la région du Nord-du-Québec<sup>1</sup>. Rappelons que le premier profil sociosanitaire fut diffusé en septembre 1996 et couvrait les données pour la période 1986 à 1992.

Le but de ce portrait est d'offrir des éléments qui permettront d'identifier les priorités d'action à mettre en œuvre et d'outiller les décideurs et les principaux collaborateurs et partenaires du réseau de la santé et des services sociaux de la région du Nord-du-Québec dans la poursuite de l'amélioration de la santé et du bien-être des Jamésiens.

## Objectifs

Les objectifs poursuivis par ce portrait de santé et de bien-être des Jamésiens sont de deux ordres :

- Sensibiliser les décideurs aux données sociosanitaires leur permettant d'intégrer la responsabilité populationnelle à l'approche clientèle dans l'adéquation entre les besoins et l'offre de service ;
- Déceler certaines tendances au chapitre des principaux déterminants de la santé et du bien-être et des indicateurs relatifs au bilan de santé et de bien-être de la population.

## Type de portrait

Le document présente les tendances sur une base temporelle. Il compare aussi les indicateurs régionaux à ceux provinciaux<sup>2</sup> et indique si la différence est statistiquement significative. La première partie présente la surveillance des grands déterminants de la santé et du bien-être suivie d'une seconde partie sur l'état de santé. Enfin, chacune des sous-sections, comporte un résumé pour une analyse plus globale des résultats.

1. DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Plan d'action en santé publique du CRSSS de la Baie-James 2004-2007 : vers un développement durable pour des communautés et des individus en santé*, Chibougamau, Direction de la santé publique, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2004, p. 85.
2. À moins d'indication contraire, les données québécoises représentent l'ensemble du Québec et non le reste du Québec. Le faible poids démographique qu'occupe la région du Nord-du-Québec au sein de la province ne nécessite pas de se soustraire à l'ensemble du Québec dans les comparaisons effectuées.

## Sources de données utilisées

Ce portrait sociosanitaire s'appuie, entre autres, sur les objets et les indicateurs contenus au plan commun de surveillance<sup>3</sup>. Les données proviennent principalement des banques suivantes :

- Registre des événements démographiques (Fichiers de naissances, décès et mortinaissances 1993 et plus);
- Fichier des hospitalisations (MED-ECHO 1994-1995 à 2005-2006);
- Enquêtes sociosanitaires (*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* 2000-2001, 2003 et 2005);
- Autres sources au besoin (*Enquête régionale Au Nord-du-Québec, nos ados nous parlent...*, SI-PQDCS).
- À moins d'indication contraire, la région du Nord-du-Québec correspond à la région sociosanitaire du Nord-du-Québec.

## Limites rencontrées

Certaines difficultés méthodologiques et statistiques rendent les comparaisons entre la région et le Québec difficiles.

- Le faible poids démographique de la population permet difficilement de détecter des différences au plan statistique. Les écarts rencontrés en raison des petits nombres impliqués relèvent souvent du hasard. Il faut donc être très prudent dans les comparaisons spatiales et temporelles. Parmi les solutions possibles, des moyennes mobiles sont parfois présentées afin de mieux discerner les tendances à long terme.
- Les estimations régionales provenant de données d'enquêtes (*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, ESCC) proviennent d'une base d'échantillonnages différente de celle du Québec. Des tableaux complémentaires, dont seul l'échantillon téléphonique québécois fut retenu, ont été produits spécialement pour la région afin de servir de point de référence pour comparer nos estimations régionales. Les données québécoises mentionnées dans ce document proviennent toutefois du *Fichier de microdonnées à grande diffusion* (FMGD) tel que recommandé par l'Institut de la statistique du Québec.
- Il importe aussi de souligner qu'il faut être prudent dans l'interprétation des estimations régionales provenant des enquêtes populationnelles surtout lorsqu'on les compare à celles du Québec. Les coefficients de variation élevés, en raison de l'échantillonnage, ne permettent pas de conclure que

---

3. BOURDAGES, Josée, et autres. *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007*, Québec, Service de surveillance de l'état de santé de la population, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, [10 sections].

les différences sont statistiquement significatives. Par conséquent, les données québécoises ont été volontairement retranchées du texte lorsque les écarts étaient statistiquement non significatifs afin de ne pas entraîner d'interprétation hasardeuse.

- Par ailleurs, considérant que certaines données ne sont disponibles qu'à l'échelle des trois régions nordiques<sup>4</sup> (par exemple la criminalité), nous avons restreint l'utilisation de ces sources de données dans ce document.
- Ce portrait n'a pas la prétention de couvrir tous les domaines en santé publique. En effet, d'autres régions sont mandatées pour exercer la surveillance des maladies infectieuses, de la santé environnementale et de la santé au travail. Une connaissance plus pointue de ces domaines permettrait certainement une analyse plus poussée de la santé des Jamésiens et de leurs déterminants.
- Enfin, en tant qu'organisme public soumis à la *Loi sur l'accès à l'information et sur la protection des renseignements personnels*, la Direction de santé publique du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James doit s'assurer de la confidentialité des renseignements nominatifs qu'elle détient dans le cadre de ses mandats légaux. En conséquence, seules les informations respectant les normes et critères de confidentialité sont rendues accessibles aux fins de consultation, d'utilisation et de diffusion.

---

4. Les trois régions nordiques sont les régions sociosanitaires du Nord-du-Québec (10), les Terres-Cries-de-la-Baie-James (18) et le Nunavik (17).

## SECTION 1

# Déterminants de la santé

Tel que le rapporte le *Programme national de santé publique 2003-2012*, la santé et le bien-être de la population résultent de l'interaction des déterminants biologiques, comportementaux et environnementaux. Tous, sont très liés les uns aux autres et agissent à la fois sur les individus, les familles et les communautés. Ils constituent également autant d'angles d'analyse ou de prise, directe ou indirecte, pour orienter l'action de santé publique<sup>5</sup>.

Dans ce portrait, hormis les prédispositions biologiques et génétiques, les indicateurs retenus sont présentés selon chaque type de déterminants reconnus de la santé et du bien-être.

### 1. ENVIRONNEMENT SOCIAL : CONDITIONS DE VIE ET MILIEUX DE VIE

Dans *Connaissez-vous les Jamésiens?*, les données démographiques démontraient que la population jamésienne est plus jeune qu'au Québec avec un ratio d'hommes plus élevé. L'activité économique, caractérisée par les industries du secteur primaire, explique ces particularités. Aussi, depuis environ 20 ans, la région assiste à une baisse démographique importante résultant d'un taux migratoire négatif et d'un taux moindre de natalité. À ces pertes, s'ajoute un accroissement possible de l'isolement social des personnes en raison de proportions légèrement à la hausse de familles monoparentales, de personnes divorcées ou séparées et de personnes vivant seules. Ces indicateurs doivent être interprétés à l'aide des dynamiques communautaires locales qui connaissent certaines difficultés au plan socioéconomique.

En effet, les liens entre le statut socioéconomique, le niveau de scolarité, la qualité du logement ou la situation d'emploi et les problèmes de santé physique et les problèmes psychosociaux sont bien documentés scientifiquement. Ainsi, agir sur les conditions de vie, c'est améliorer la santé.

Les indicateurs retenus dans cette section et pour lesquels des données sont disponibles sont : la proportion de naissances vivantes de mères âgées de moins de 20 ans ainsi que la proportion de naissances vivantes de mères faiblement scolarisées et enfin, la proportion de personnes ayant vécu de l'insécurité alimentaire. Les indicateurs retenus en lien avec les milieux de vie touchent au sentiment d'appartenance, à la participation à la vie communautaire et aux soins aux personnes âgées (sans rémunération).

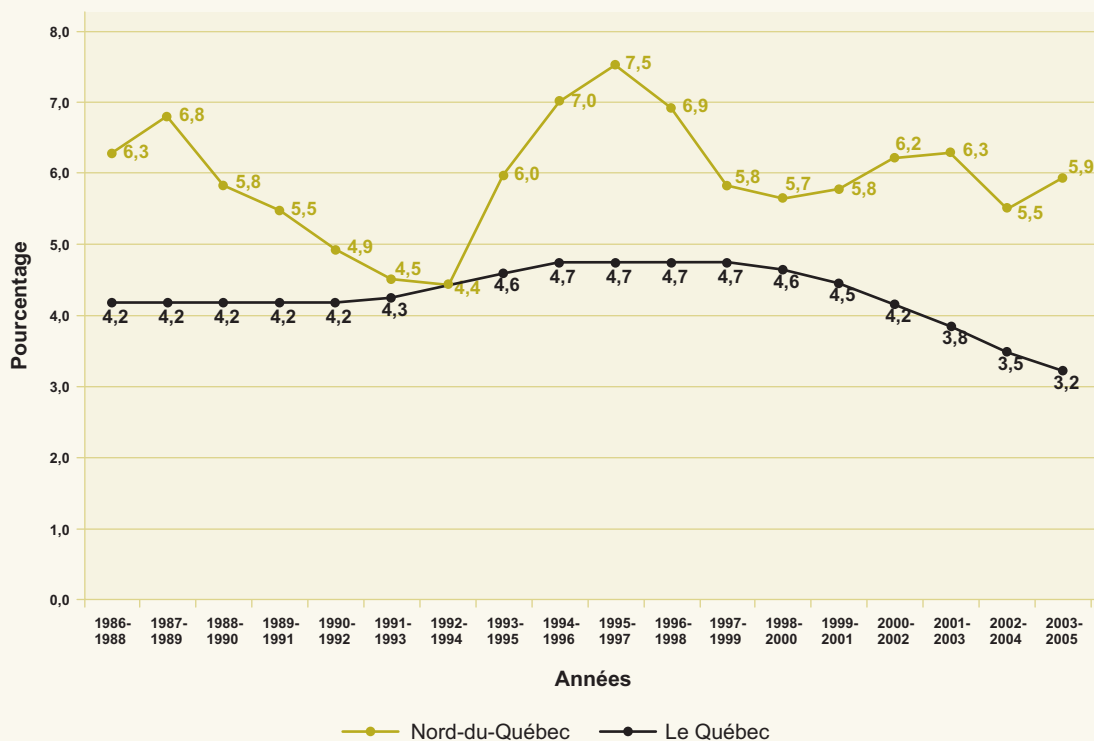
5. CARDINAL, Lise, et autres. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 15.

### 1.1 Proportion et taux de naissances vivantes dont la mère est âgée de moins de 20 ans

Dans le Nord-du-Québec, la proportion de mères âgées de moins de 20 ans est supérieure à la proportion québécoise. Depuis l'an 2000, la moyenne est de 12 cas annuellement sur un nombre moyen de 191 naissances vivantes.

Le taux de fécondité chez les femmes de moins de 20 ans est également plus élevé dans la région qu'au Québec. Par exemple, le taux de fécondité des femmes âgées de 15 à 19 ans pour 1000 femmes (sur cinq ans) est de 20,2 dans la région et de 11,8 au Québec en 2005.

**FIGURE 1**  
Proportion de mères âgées de moins de 20 ans (moyennes mobiles)  
Nord-du-Québec et le Québec  
1986-1988 à 2003-2005

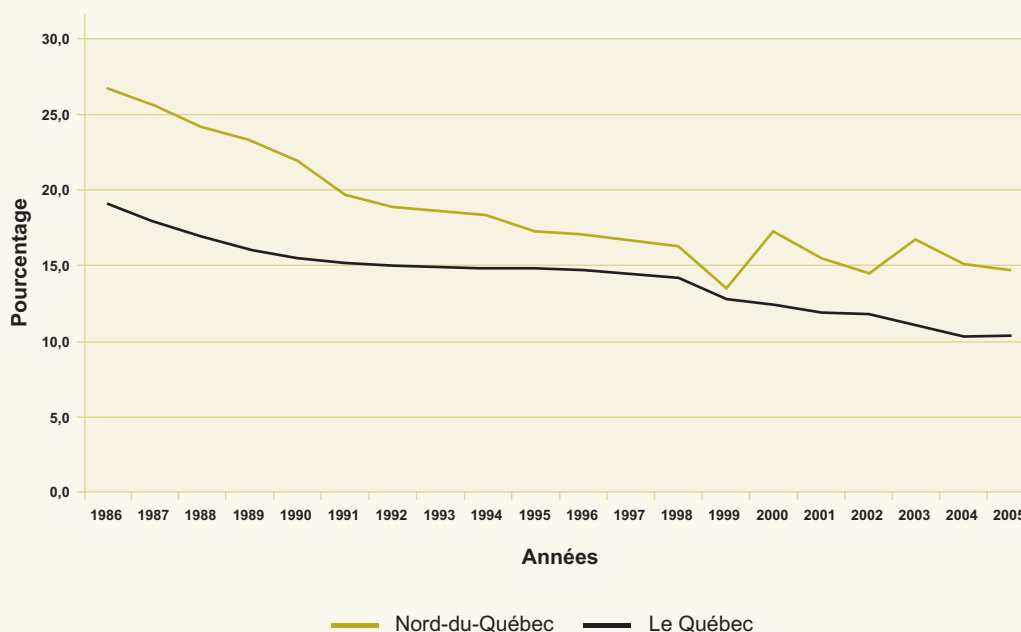


Source : MSSS, fichiers des naissances, 1986 à 2005

## 1.2 Proportion de naissances vivantes de mères faiblement scolarisées

Dans la région, la proportion de mères ayant une scolarité inférieure à 11 années est passée de 26,8 % à 14,7 %. Cette diminution suit la tendance québécoise. Toutefois, la proportion de mères dont la scolarité est inférieure à 11 années est plus élevée dans la région qu'au Québec.

**FIGURE 2**  
Proportion de naissances vivantes de mères ayant une faible scolarité  
(Moins de 11 années de scolarité)  
Nord-du-Québec et le Québec  
1986 à 2005



Source : MSSS, Fichiers des naissances 1986 à 2005.

## 1.3 Indice d'insécurité alimentaire

Comme au Québec, environ 4 % des personnes de 12 ans et plus ont vécu dans un ménage dont l'alimentation a été précaire<sup>6</sup> au cours des 12 mois précédant l'enquête (ESCC, 2005).

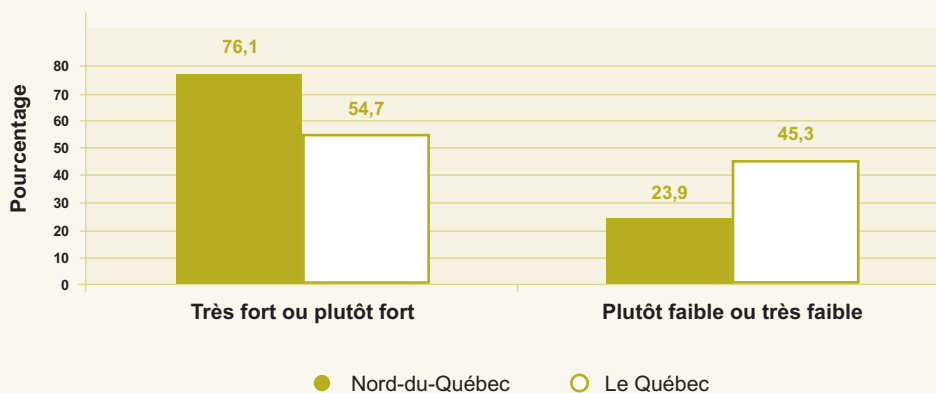
6. L'indice évalue l'état de sécurité alimentaire du ménage (avec ou sans enfant) dont fait partie le répondant. Dix huit questions évaluent les signes d'insécurité alimentaire du ménage en raison du revenu allant de la difficulté d'accès aux aliments, à une qualité ou une quantité d'aliments compromise à une réduction de l'apport alimentaire. Lorsqu'un ménage compte plusieurs signes, il est considéré comme ayant une alimentation précaire.

#### 1.4 Sentiment d'appartenance à la communauté locale

Le sentiment d'appartenance à la communauté locale est mesuré par l'ESCC en 2005, à partir de la question suivante : «Diriez-vous que votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale est : très fort, plutôt fort, plutôt faible ou très faible?».

Dans la région du Nord-du-Québec, la majorité de la population affirme avoir un sentiment d'appartenance très fort ou plutôt fort à sa communauté locale. Cette proportion est beaucoup plus élevée que celle qui prévaut au Québec.

**FIGURE 3**  
Répartition de la population de 12 ans et plus  
selon le niveau du sentiment d'appartenance à la communauté locale  
Nord-du-Québec et le Québec  
2005

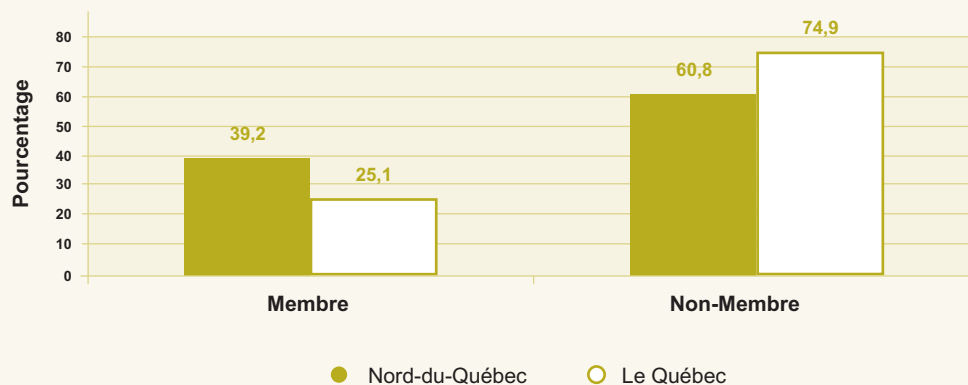


Source : Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec (2005). Compendium de tableaux – Fichier de partage pour la région – Fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD-PUMF) pour les données québécoises de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1 (2005) de Statistique Canada.

#### 1.5 Être membre d'un organisme à but non lucratif

À la question «Êtes-vous membre d'un organisme ou d'une association à but non lucratif comme une association scolaire, un groupe confessionnel, un centre communautaire, une association ethnique, un club social, un regroupement de citoyens ou une société fraternelle?» (ESCC, 2003), la proportion de personnes de 12 ans et plus, membres d'un organisme à but non lucratif, est plus élevée dans la région qu'au Québec. Les données sont disponibles seulement pour 2003.

**FIGURE 4**  
 Proportion de la population de 12 ans et plus,  
 membres d'un organisme à but non lucratif  
 Nord-du-Québec et le Québec  
 2003



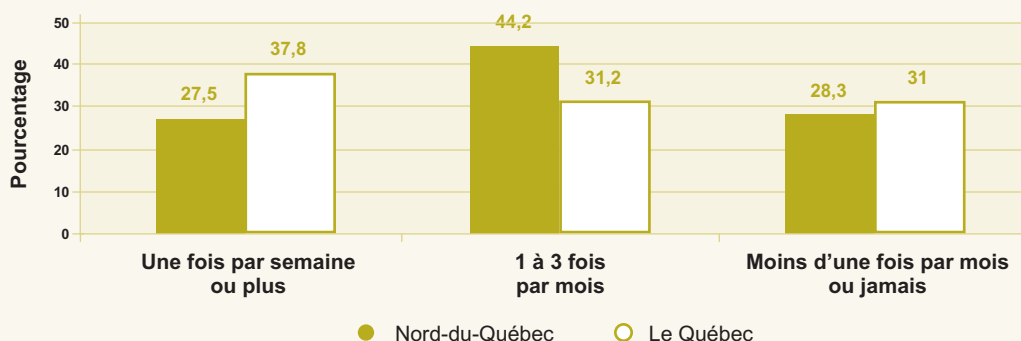
Source : Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec (2003). Compendium de tableaux – Fichier de partage pour la région – Fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD-PUMF) pour les données québécoises de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 2.1 (2003) de Statistique Canada.

## 1.6 Fréquence de participation aux activités d'un organisme à but non lucratif

Cette question s'adresse uniquement aux membres d'un organisme à but non lucratif en 2003. «Combien de fois avez-vous assisté aux réunions ou participé aux activités de ces groupes au cours des 12 derniers mois? Si vous êtes membre de plus d'un organisme pensez à celui dans lequel vous êtes le plus actif.».

Près de la moitié des membres d'un organisme à but non lucratif participent de façon mensuelle aux activités. La région obtient à peu près la même fréquence de participation aux activités que les Québécois, soit 7 membres actifs sur 10, si l'on additionne ceux qui s'impliquent hebdomadairement et mensuellement.

**FIGURE 5**  
Répartition de la population de 12 ans et plus,  
membres d'un organisme à but non lucratif selon la fréquence de  
participation aux activités de l'organisme  
Nord-du-Québec et le Québec  
2003



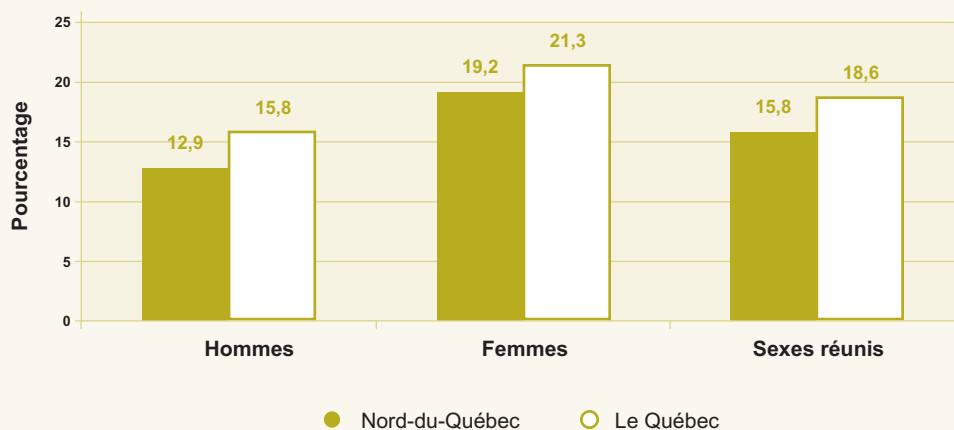
Source : Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec (2003). Compendium de tableaux – Fichier de partage pour la région – Fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD-PUMF) pour les données québécoises de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 2.1 (2003) de Statistique Canada.

Dans la région comme au Québec, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à être des membres actifs d'un organisme à but non lucratif que les hommes. Par exemple, 80,1 % des femmes impliquées dans un organisme le font à une fréquence de plus d'une fois par mois ou plus. Chez les hommes, cette proportion est de 63,2 %.

### 1.7 Personnes prodiguant des soins aux personnes âgées sans rémunération

La proportion de la population prodiguant des soins aux personnes âgées sans rémunération est plus faible dans la région (15,8 %) qu'au Québec (18,6 %). L'écart rencontré en région peut s'expliquer par le peu de personnes âgées vivant seules et une proportion plus faible d'aînés. Comme c'est le cas au Québec, les femmes prodiguent des soins aux personnes âgées en proportion plus élevée que les hommes.

**FIGURE 6**  
**Proportion de la population de 15 ans et plus**  
**prodiguant des soins aux personnes âgées sans rémunération**  
**Nord-du-Québec et le Québec**  
**2006**



Source : Statistique Canada, recensement 2006

### En résumé

Les milieux de vie des communautés jamésiennes sont favorables au bien-être des populations, mais s'en trouvent fragilisés en raison de la précarité du contexte socioéconomique actuel. Comparativement au Québec, le sentiment d'appartenance à la communauté (chez les 12 ans et plus) est plus fort dans la région et on y retrouve une proportion plus forte de Jamésiens membres d'un organisme à but non lucratif. La fréquence de participation aux activités est équivalente à celle des Québécois. Enfin, la proportion de personnes prodiguant des soins aux personnes âgées sans rémunération est plus faible dans la région. On peut penser que la jeunesse de la population et le peu de personnes âgées vivant seules expliquent cet écart. Enfin, on peut souligner l'apport des femmes au plan de l'implication citoyenne.

Le portrait sommaire de l'environnement social dans la région du Nord-du-Québec semble nous identifier la nécessité de cibler nos interventions auprès des jeunes adultes. Ainsi, les proportions de naissances vivantes de mères âgées de moins de 20 ans et de mères faiblement scolarisées sont plus fortes dans le Nord-du-Québec.

## 2. ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

L'environnement physique de la Jamésie est caractérisé par les grands espaces (300 000 km<sup>2</sup>); la faible densité de population (0,05 hab./km<sup>2</sup> ou 5 hab./100 km<sup>2</sup>); l'isolement géographique (par exemple 1 235 km séparent Chibougamau de Radisson) et la rigueur du climat<sup>7</sup> (la température moyenne annuelle en janvier est de -17 °C à Chibougamau comparée à -9 °C à Montréal). La quantité moyenne annuelle de neige au sol est de 83 cm à Chibougamau comparée à 21 cm à Montréal. Souvent considérés comme des inconvénients, on peut toutefois tirer profit de l'éloignement et des conditions hivernales pour améliorer la santé.

Les indicateurs dont nous disposons pour assurer la surveillance de l'environnement physique dans la région, ont trait aux sources d'approvisionnement et au mode de traitement de l'eau potable, à la qualité de l'air telle que l'exposition à la fumée de tabac secondaire, et à l'environnement bâti, soit la proportion de logements nécessitant des réparations majeures et aux conditions de risque en milieu de travail.

### 2.1 Eau potable

La principale source d'approvisionnement en eau potable provient des eaux de surface (80,5 % au Nord-du-Québec vs 74,9 % au Québec), suivi par un approvisionnement par eaux mixtes (souterraine et de surface) avec 10,6 %. L'approvisionnement en eaux souterraines se retrouve dernier avec 8,8 % alors qu'elle constitue la deuxième source d'approvisionnement en importance au Québec (22,7 %)<sup>8</sup>.

Dans 59,3 % des cas, l'eau potable distribuée par les réseaux d'aqueduc est traitée par simple chloration. Le traitement complet n'est offert dans la région que pour 11,6 % des réseaux de distribution<sup>9</sup> alors même que l'on connaît les dangers d'une alimentation en eau de surface insuffisamment traitée.

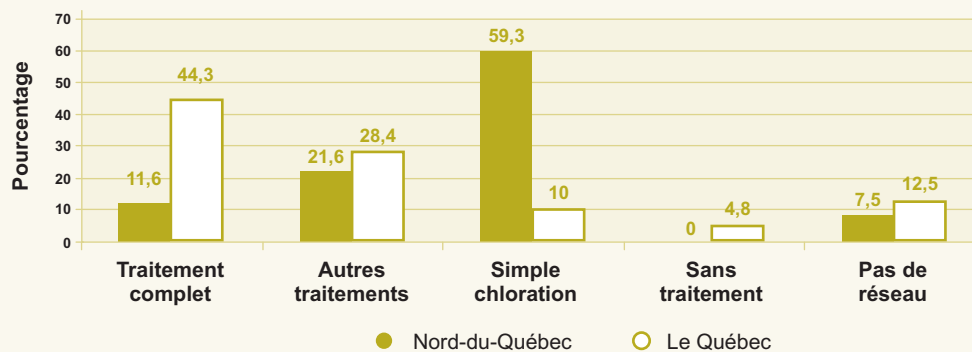
---

7. MÉTÉO MÉDIA. « Statistiques » In Météo média. Météo. Statistiques. [En ligne]. <http://www.meteomedia.com/> (consulté le 1<sup>er</sup> mai 2007).

8. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : deuxième rapport sur l'état de santé de la population - Les statistiques*, Québec, INSPQ, 2006, p. 55.

9. *Ibid.*

**FIGURE 7**  
Répartition de la population selon le mode de traitement de l'eau potable  
Nord-du-Québec et le Québec  
2003



Source : Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport sur l'état de santé de la population*, Gouvernement du Québec, p.55.

Dans le Nord-du-Québec, en 2004, en moyenne 23 % de la population a été touchée quotidiennement par un avis d'ébullition ( $n < 5$ ) ou de non-consommation de l'eau (0,8 % en moyenne au Québec)<sup>10</sup>. Certains réseaux d'aqueduc, selon leur source d'approvisionnement et les traitements en place sont plus vulnérables à la contamination microbiologique. D'autres, vu le caractère désuet des installations demandent parfois des avis d'ébullition préventifs émis lors des bris ou de travaux de réfection.

Concernant le traitement de l'eau potable, 64,2 % de la population jamésienne est desservie par des installations d'épuration des eaux usées. Le lagunage est la méthode de désinfection la plus fréquemment utilisée dans la région, il s'agit d'un traitement biologique des eaux usées suffisant pour assurer la protection des individus. Enfin, la fluoration de l'eau potable est une mesure de prévention de la carie dentaire reconnue comme étant efficace, sûre et économique par la communauté scientifique, toutefois, aucune municipalité de la région n'offre de l'eau fluorée.

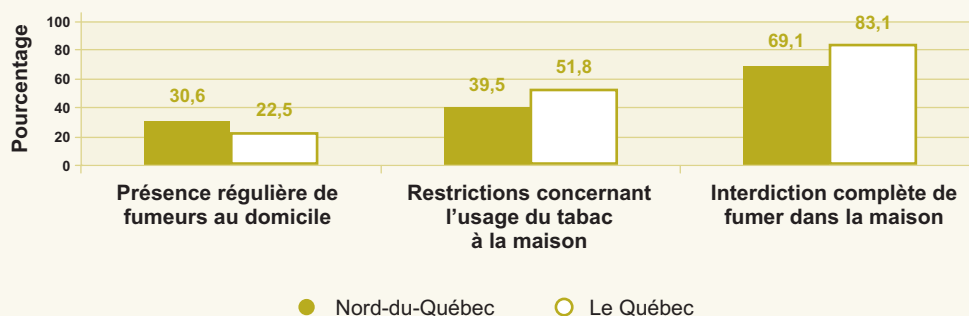
10. Ibid., p.57.

## 2.2 Qualité de l'air

Aucun indicateur de la qualité de l'air n'est disponible dans la région, à l'exception de l'exposition à la fumée secondaire. Ainsi, le nombre de jours de smog, les émissions atmosphériques polluantes générées par les industries ou par le transport routier ne sont pas comptabilisées dans la région. En effet, le Nord-du-Québec n'est pas compris dans le réseau de surveillance du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs où un indice de la qualité de l'air est calculé à partir des cinq polluants suivants : l'ozone, les particules fines, le dioxyde de soufre, le dioxyde d'azote et le monoxyde de carbone.

Concernant la fumée secondaire, trois personnes de 12 ans et plus sur dix sont touchées par la présence régulière de fumeurs à leur domicile, proportion qui est plus élevée dans la région qu'au Québec. On note une proportion plus faible de personnes ayant des restrictions entourant l'usage du tabac à la maison<sup>11</sup>. Ainsi, on peut penser que les Jamésiens sont davantage exposés à la fumée secondaire au domicile que les Québécois.

**FIGURE 8**  
Indicateurs liés à l'exposition à la fumée secondaire à la maison  
parmi la population de 12 ans et plus  
Nord-du-Québec et le Québec  
2005



Source : Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec (2005). Compendium de tableaux – Fichier de partage pour la région – Fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD-PUMF) pour les données québécoises de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1 (2005) de Statistique Canada.

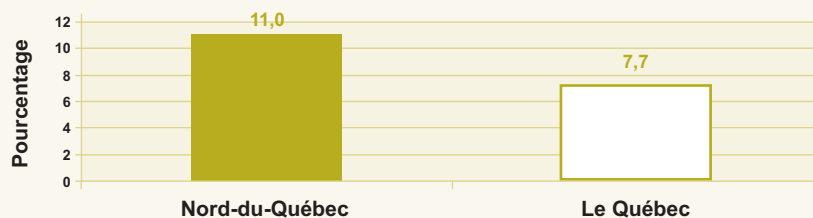
11. Le dénominateur de cet indicateur représente les personnes de 12 ans et plus qui mentionnent l'existence de restrictions concernant l'usage du tabac à la maison.

### 2.3 Logements privés nécessitant des réparations majeures

Provenant du recensement canadien, cet indicateur est subjectif puisque le recensé doit indiquer si le logement nécessite des réparations majeures telles que des travaux de plomberie ou encore lorsque l'installation électrique est défectueuse ou que la charpente des murs, des planchers ou des plafonds doit être réparée. Sont exclus les rénovations ou les ajouts souhaités, l'entretien régulier (peinture, nettoyage du système de chauffage) ou les travaux mineurs (carreaux de planchers manquants, briques descellées, bardeaux arrachés, marches, rampes ou revêtement extérieur défectueux).

En 2006, 11 % des logements privés occupés nécessitaient des réparations majeures selon les personnes recensées. Cette proportion reste supérieure à la proportion québécoise (7,7 %). La situation était la même en 2001.

**FIGURE 9**  
Proportion de logements privés nécessitant des réparations majeures  
Nord-du-Québec et le Québec  
2006



Source : Statistique Canada, recensement 2006.

### 2.4 Travailleurs exposés à certaines situations de risque en milieu de travail

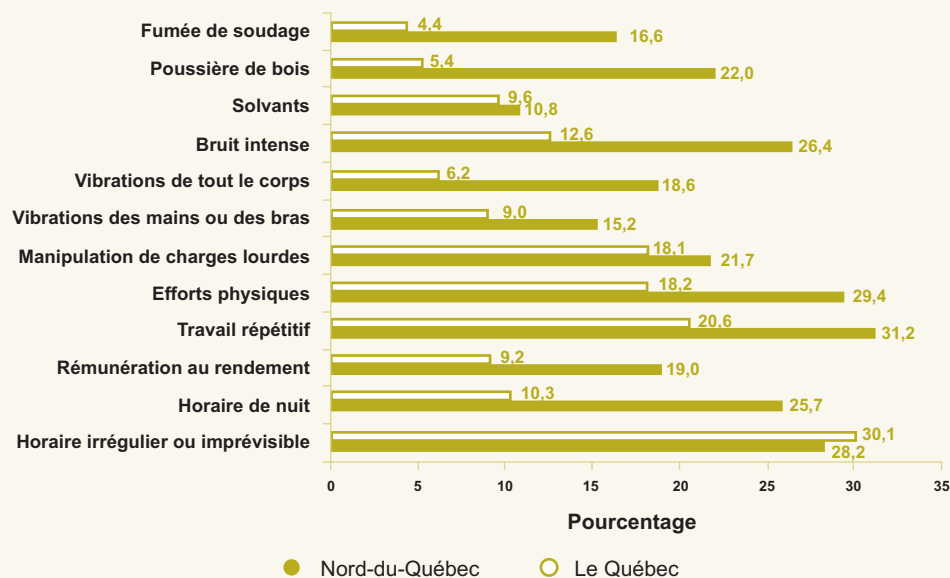
De façon particulière, les données relatives aux travailleurs (15 ans et plus) exposés à certaines situations à risque en milieu de travail, le sont sur la base de leur région de travail et non de leur résidence. Les données ne sont disponibles que pour 1998.

Bien que les autres régions ressources possèdent certaines contraintes organisationnelles et physiques à risque, le Nord-du-Québec possède les plus fortes proportions de travailleurs ayant des horaires de nuit (25,7 %), ayant à fournir des efforts physiques par l'utilisation d'outils, de machines ou d'équipement (29,4 %), ayant à subir des vibrations de tout le corps (18,6 %), ayant à subir le bruit intense (26,4 %) ou encore à être exposés à la poussière de

bois (22 %) ou à la fumée de soudage (16,6 %). Le travail répétitif des mains et des bras (31,2 %) et les vibrations des mains et des bras (15,2 %) sont d'autres contraintes physiques non négligeables qui apparaissent supérieures à la moyenne québécoise.

Le Nord-du-Québec, est la seule région où la proportion de travailleurs soumis à une rémunération au rendement, à la commission ou à prime de rendement est supérieure au Québec (19 % comparé à 9,2 % au Québec). Les autres régions ressources ne montrent pas cette particularité.

**FIGURE 10**  
**Proportion de travailleurs de 15 ans et plus exposés à certaines situations à risque en milieu de travail**  
**Région de travail du Nord-du-Québec et le Québec**  
**1998**



Source : INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC EN COLLABORATION AVEC LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC ET L'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport sur l'état de santé de la population*, Gouvernement du Québec, p. 71.

Dans la région, les données sur les risques en milieu de travail ne sont pas disponibles selon l'âge ou le sexe. On peut penser que les hommes, plus que les femmes, sont exposés aux dangers au travail de par les types d'emplois occupés et les industries qui les emploient. Cependant, la *Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec*<sup>12</sup> rappelle que

12. SABAG-VAILLANCOURT, Carmen et Sara JANE MATHIEU. *Les travailleuses québécoises et les lésions professionnelles – Où en sommes-nous ?* : abrégé du rapport, Montréal, Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, 2006, p. 8.

les risques pour la santé et la sécurité sont aussi très présents dans les milieux de travail à forte concentration de main-d'œuvre féminine. En fait, les femmes sont plus souvent atteintes de maladies professionnelles que les hommes. Ces derniers sont plus nombreux à subir des accidents de travail. Considérant que la région assiste à une féminisation de sa main-d'œuvre, il serait opportun de mieux surveiller et évaluer les risques de problèmes de santé inhérents à l'organisation du travail.

## Résumé

En résumé, le Nord-du-Québec a des atouts majeurs en matière d'environnement physique naturel, mais certains indicateurs permettent d'identifier des éléments de vulnérabilité.

La qualité de l'eau potable et l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement sont les deux indicateurs documentés qui montrent le plus grand potentiel d'effets néfastes sur la santé. De plus, les risques en milieu de travail sont nettement supérieurs à ceux observés dans d'autres régions ressources.

## 3. HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS FAVORISANT LA SANTÉ

Tel que souligné dans le *Programme national de santé publique 2003-2012* : «les déterminants de la santé, les habitudes de vie et les comportements reliés à la santé ont un lien qui n'est plus à démontrer avec un ensemble de problèmes, en particulier dans les domaines des maladies chroniques, des maladies infectieuses et des traumatismes non intentionnels»<sup>13</sup>.

Les indicateurs contenus dans ce document réfèrent à l'alimentation, le tabagisme, les comportements sexuels, la consommation de drogues et d'alcool, l'utilisation des services de prévention comme certains dépistages et la vaccination.

---

13. CARDINAL, Lise, et autres. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 15.

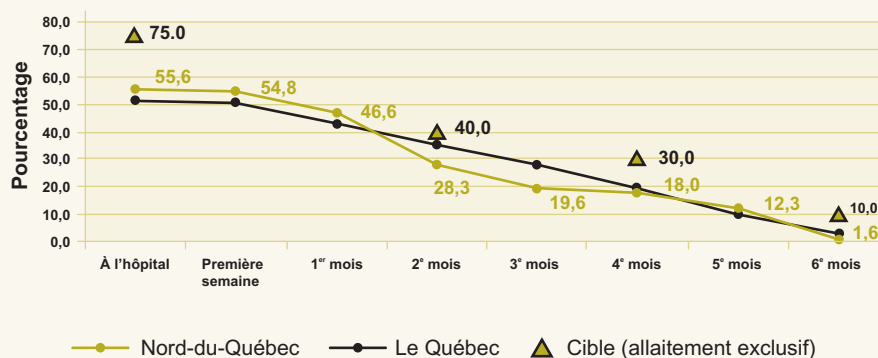
### 3.1 Allaitement

Les effets bénéfiques de l'allaitement maternel sur la santé de la mère et de l'enfant sont souvent liés à sa durée et à son exclusivité<sup>14</sup>. Les recommandations internationales visent l'allaitement exclusif<sup>15</sup> pendant les six premiers mois de vie du nourrisson, et sa poursuite avec l'ajout d'aliments complémentaires jusqu'à l'âge de 2 ans ou au-delà<sup>16</sup>.

Le MSSS fixe à 85 % le taux d'allaitement total à la sortie de l'hôpital et à 70 %, 60 % et 50 % respectivement au deuxième, quatrième et sixième mois de vie de l'enfant et de 20 % à un an. En matière d'allaitement exclusif, les cibles sont de 75 %, 40 %, 30 % et 10 % respectivement pour la même période (excluant à un an).

Pour la région et le Québec, les taux d'allaitement exclusif ne rejoignent pas les cibles ministérielles. Cependant, la région ne démontre pas d'écart avec les estimations québécoises provenant de l'enquête sur l'allaitement maternel réalisée en 2005-2006.

**FIGURE 11**  
Taux d'allaitement exclusif pour différentes durées  
Nord-du-Québec, le Québec et cibles ministérielles  
2005-2006



Source : Institut de la statistique du Québec, Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006, 2006, Gouvernement du Québec, p. 57.

14. HAIK, N. Laura, et autres. « L'allaitement maternel au Québec : coup d'œil sur les pratiques provinciales et régionales », *Zoom santé*, octobre 2006, p. 1-4.
15. L'allaitement exclusif signifie que l'enfant est uniquement nourri avec du lait maternel; il ne reçoit donc aucun autre liquide ou solide à l'exception de gouttes ou sirops de vitamines, de minéraux ou de médicaments.
16. DIONNE, Suzanne et Sylvie JETTÉ. *L'allaitement maternel au Québec : lignes directrices*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, p. 13.

### 3.2 Habitudes alimentaires

Un seul indicateur est disponible concernant les habitudes alimentaires des Jamésiens. Il s'agit de la consommation quotidienne minimale recommandée de fruits et de légumes. L'ESCC (2003) montre que moins de la moitié (43,5 %) de la population jamésienne âgée de 12 ans et plus consomment quotidiennement les cinq portions ou plus de fruits ou de légumes minimales recommandées. Il n'y a pas d'écart avec le Québec (45,1 %).

### 3.3 Activité physique

La sédentarité représente un déterminant important des maladies chroniques<sup>17</sup>. Au Québec, les experts recommandent aux adultes un minimum de 30 minutes d'activité physique modérée par jour pour bénéficier de retombées positives sur la santé.

*L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* distingue trois niveaux d'activité physique : l'activité physique de loisir, l'activité physique dans les transports (déplacement) et l'activité physique au travail.

#### *Niveau d'activité physique de loisir*<sup>18</sup>

L'ESCC (2005) montre que dans la région, la moitié (50,7 %) des jeunes de 12 à 17 ans sont très actifs durant leurs loisirs. L'écart n'est pas significatif avec le Québec (42,5 %) sauf pour les filles. Elles se déclarent plus actives durant leurs loisirs que les Québécoises du même âge (environ les deux tiers seraient très actives<sup>19</sup> : 59,6 % comparé à 32 % au Québec).

Chez les 18 ans et plus, la proportion de personnes actives durant leurs loisirs se situe à 43,2 %<sup>20</sup>. La région se démarque par une proportion moindre d'adultes sédentaires âgés entre 25 et 44 ans (15,3 % comparativement à 22,8 % dans le reste du Québec).

---

17. CARDINAL, Lise, et autres, *op. cit.*, p. 42-44.

18. L'indicateur tient compte de l'intensité, de la durée et de la fréquence de pratique des différentes activités.

19. Dépense énergétique de 28 kcal/kg/semaine et plus et fréquence d'au moins cinq fois/semaine.

20. Le niveau recommandé, chez les 5 à 17 ans, est le « Très actif » qui correspond à un équivalent de 60 minutes d'activités modérées par jour. Le niveau recommandé, chez les 18 ans et plus, est le « Actif » qui correspond à un équivalent de 30 minutes d'activités modérées par jour (Nolin et Hamel, 2005). Ainsi, les recommandations des experts diffèrent selon les groupes d'âge.

### Activité physique dans les transports<sup>21</sup>

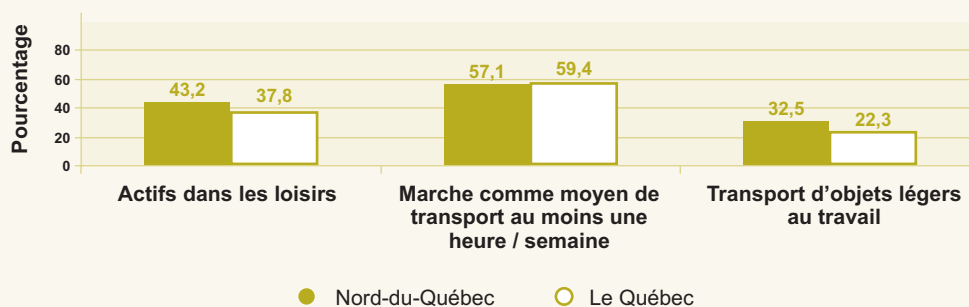
En 2005, au cours d'une semaine normale, plus de la moitié (57,1 %) des Jamésiens de 18 ans et plus marchent au moins une heure pour se rendre à l'école, au travail ou pour faire des courses. Ainsi, 42,9 % n'utilisent pas la marche comme moyen de transport (40,6 % au Québec).

Chez les jeunes de 12 à 17 ans, 74,7 % utilisent la marche comme moyen de transport pendant 1 à 5 heures par semaine, ce qui est supérieur à la pratique des autres jeunes Québécois (42,1 %). Il faut savoir que la majorité des communautés jamésiennes n'offrent pas de transport scolaire en raison des courts trajets séparant le domicile de l'école.

### Activité physique au travail ou dans les activités quotidiennes

L'activité physique au travail ou dans les activités quotidiennes est plus élevée chez les Jamésiens lorsque comparée au Québécois. Par exemple, ce sont trois Jamésiens sur dix qui transportent des objets légers au travail (32,5 %) comparé à deux adultes au Québec (22,3 %) au cours des trois derniers mois précédant l'enquête de 2005. À l'opposé, environ deux adultes sur dix (23,4 %) travaillent normalement assis comparativement à trois adultes sur dix au Québec (28,8 %). On retrouve trois fois plus d'hommes que de femmes qui exercent un travail forçant (porter des objets très lourds) dans la région et les hommes sont plus souvent debout avec charge.

**FIGURE 12**  
Proportion de personnes actives âgées de 18 ans et plus  
Nord-du-Québec et le Québec  
2005



Source : Bertrand et Nolin, ESCC 2005, compilations spéciales

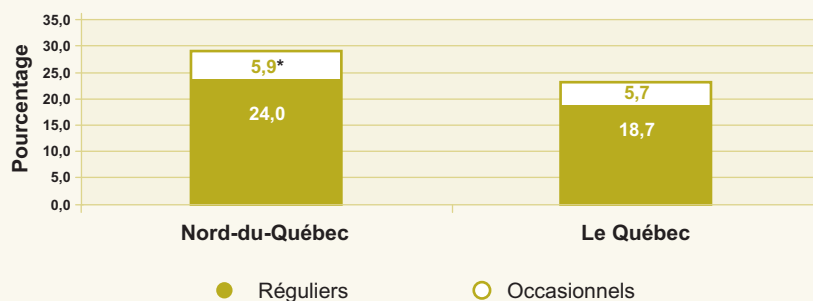
21. Les données sur l'activité physique dans les transports proviennent d'une compilation spéciale effectuée pour le Nord-du-Québec à partir du fichier maître (ESCC, 3.1) accessible via le Télé-Accès par l'INSPQ (Bertrand et Nolin).

### 3.4 Usage du tabac

Le tabagisme est reconnu pour augmenter l'incidence des maladies pulmonaires obstructives chroniques, des maladies cardiovasculaires et des tumeurs.

En 2005, dans la région, 29,9 % de la population de 12 ans et plus est constituée de fumeurs réguliers et occasionnels; cette proportion est supérieure à celle du Québec (24,4 %).

**FIGURE 13**  
Proportion de fumeurs réguliers et occasionnels  
Nord-du-Québec  
2005



\*À interpréter avec prudence. Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec. Compendium de tableaux – Fichier de partage pour la région (2000-2001, 2003 et 2005). Statistique Canada, ESCC.

L'enquête régionale *Au Nord-du-Québec nos ados nous parlent ...* réalisée en 2002 auprès des jeunes du secondaire âgés de 11 à 19 ans a révélé que l'amélioration du climat dans la famille et dans l'école diminuait le risque de consommation de tabac. Près des trois quarts des jeunes répondants disent n'avoir jamais fumé la cigarette (73,4 %), alors que 15,5 % déclarent la fumer régulièrement (20,9 % en 1995).

Selon l'ESCC en 2005, la grande majorité des fumeurs réguliers (12 ans et plus) de la région fument 11 cigarettes et plus par jour, ce qui est beaucoup plus que dans l'ensemble du Québec. L'âge auquel la première cigarette est entièrement fumée apparaît plus tôt dans la région qu'au Québec (42,5 % étaient âgés entre 12 et 14 ans) et l'usage quotidien du tabac demeure plus précoce dans la région. Enfin, la proportion régionale de gens ayant renoncé complètement à l'usage du tabac (depuis au moins trois ans) ne montre pas d'écart significatif avec le Québec.

**Tableau 1**  
**Prévalence de certains indicateurs associés à l'usage du tabac**  
**dans la population de 12 ans et plus**  
**Nord-du-Québec et le Québec**  
**2005**

	Nord-du-Québec	Le Québec
Nombre de cigarettes fumées quotidiennement (11 et plus).	82,7 % (+)	68,6 %
Âge au moment de la première cigarette entièrement fumée (entre 12 et 14 ans) chez les personnes ayant fumé au moins une cigarette entière au cours de leur vie.	42,5 % (+)	33,7 %
Âge d'initiation à l'usage quotidien de la cigarette (14 ans ou moins) chez les fumeurs réguliers.	38,2 % (+)	24,6 %
Temps écoulé depuis le renoncement complet à l'usage du tabac (intervalle moins de 3 ans) en 2005 parmi les anciens fumeurs réguliers.	18,4 %	22,2 %

Source : Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec (2005). Compendium de tableaux – Fichier de partage pour la région – Fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD-PUMF) pour les données québécoises de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1 (2005) de Statistique Canada.

L'enquête régionale auprès des jeunes révèle, tel qu'attendu, que la proportion de fumeurs réguliers s'accroît généralement avec l'âge. Les filles de la région âgées de 15 à 19 ans sont celles qui consomment le plus la cigarette de façon régulière (21,6 %) comparé aux plus jeunes et aux garçons.

En 2003 seulement, l'ESCC présente certains indicateurs portant sur la dépendance à la nicotine. Près de 60 % des fumeurs fument leur première cigarette de la journée au cours des 30 minutes suivant le réveil. Pour un peu moins de la moitié des fumeurs, la cigarette la plus indispensable de la journée est la première. Le tiers des fumeurs disent qu'ils ont plutôt tendance à fumer à intervalles rapprochés après le réveil que dans le reste de la journée. Aussi, le quart des fumeurs disent fumer même s'ils sont alités toute une journée en raison d'une maladie. Enfin, un quart des fumeurs dit avoir de la difficulté à ne pas fumer dans les endroits interdits. Le profil de fumeurs ne montre pas d'écart statistiquement significatif avec le Québec.

**Tableau 2**  
Indicateurs associés à la dépendance à la nicotine  
parmi les fumeurs réguliers de 12 ans et plus  
Nord-du-Québec et le Québec  
2003

	Nord-du-Québec	Le Québec
Première cigarette fumée au cours des 30 minutes suivant le réveil.	58,7 %	60,9 %
Difficulté à ne pas fumer dans les endroits interdits.	24,7 % *	25,3 %
Cigarette la plus indispensable (première de la journée).	46,1 %	49,5 %
Fumer à intervalles plus rapprochés après le réveil.	36,7 %	36,2 %
Fumer même si alité presque toute la journée en raison de maladie.	25,8 %*	29,3 %
Dépendance élevée à la cigarette (test Fagerström).	22,0 %*	31,5 %

\* À interpréter avec prudence. Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec (2003). Compendium de tableaux – (province) produit avec le fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD-PUMF) de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 2.1 (2003) de Statistique Canada.

### 3.5 Consommation d'alcool

En 2005, 84,7 % de la population âgée de 12 ans et plus est composée de buveurs actuels<sup>22</sup>, au Québec on estime cette proportion à 81,9 %, toutefois il n'y a pas d'écart statistique significatif entre les deux. Le quart des buveurs de 12 ans et plus (24,3 %) consomment 5 verres et plus dans une même occasion au moins une fois par mois, Québec (20,5 %). Cet indicateur est une mesure de la consommation élevée d'alcool.

Chez les jeunes de 11 à 19 ans, la consommation régulière d'alcool a diminué entre les deux enquêtes régionales<sup>23</sup>, surtout chez les filles. Le climat de violence à l'école et l'encadrement parental, s'étant tous deux améliorés, auraient contribué à la diminution du risque de consommation d'alcool. Les garçons âgés entre 15 et 19 ans sont ceux qui déclarent le plus consommer de l'alcool régulièrement (14,8 %).

22. Personne ayant consommé de l'alcool au moins une fois au cours de la dernière année.

23. JACQUES, CLAUDINE. *Au Nord-du-Québec, nos ados nous parlent ...*, Chibougamau, Direction de santé publique, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2005, p. 61-62.

### 3.6 Consommation de drogues

Les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool demeurent préoccupants chez les jeunes. Ils sont souvent associés à d'autres problèmes psychosociaux et de santé, tels que la délinquance, l'échec scolaire, les comportements sexuels à risque, le suicide et les traumatismes. Certains auteurs constatent que la consommation de drogues augmente, en particulier celle de la marijuana, et qu'elle se fait tôt dans la vie des enfants et des adolescents<sup>24</sup>. Une certaine banalisation de la consommation expliquerait en partie la hausse observée.

Dans le Nord-du-Québec<sup>25</sup>, on retrouvait en 2002 deux fois plus de jeunes de 11 à 19 ans qu'en 1995 qui consommaient régulièrement de la drogue (16,3 %), même si ceux qui n'en consomment jamais représentaient plus de la moitié des jeunes (53,6 %). Tant les filles que les garçons sont à risque puisque l'on remarque une augmentation significative chez ces deux groupes lorsque l'âge augmente. Les garçons âgés de 15 à 19 ans représentent la proportion la plus élevée de consommateurs réguliers (24,4 %) en comparaison aux garçons âgés entre 11 et 19 ans et aux filles.

L'*Enquête sociale et de santé 1998*, avait aussi fait ressortir une proportion plus élevée de consommateurs de drogues (23,3 %) comparé au Québec (17,4 %) parmi la population âgée de 15 ans et plus. Aucune mise à jour n'est présentement disponible dans la région.

### 3.7 Comportements sécuritaires reliés à la contraception et la lutte aux ITSS

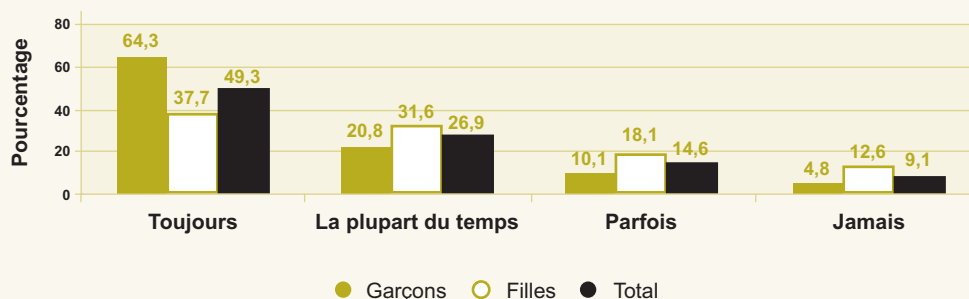
Chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, 78 % de ceux qui utilisent habituellement un moyen de contraception disent utiliser le condom comme moyen contraceptif habituel au cours des douze derniers mois ayant précédé l'ESCC de 2005. La proportion parmi ceux ayant eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois qui ont utilisé un condom lors de leur dernière relation, se situe à 65,6 %. On note une différence entre les jeunes de 15 à 19 ans qui déclarent avoir utilisé le condom à 83,7 % comparé à 52 % des jeunes âgés de 20 à 24 ans dans la région.

L'enquête régionale *Au Nord-du-Québec, nos ados nous parlent...* réalisée en 2002 documente l'activité sexuelle et les comportements sécuritaires chez les élèves âgés de 11 à 19 ans. On observe également que l'utilisation régulière du condom diminue lorsque l'âge augmente. De même, le fait d'avoir un partenaire régulier entraîne des changements dans les moyens de protection. Le port du condom est davantage utilisé de façon régulière chez ceux qui n'ont pas de *chum* ou de *blonde* (58,5 %) comparativement à ceux qui déclarent avoir un *chum* ou une *blonde* (42,2 %).

24. CARDINAL, Lise, et autres, *op. cit.*, p. 36.

25. Selon l'enquête régionale intitulée : *Au Nord-du-Québec, nos ados nous parlent...*

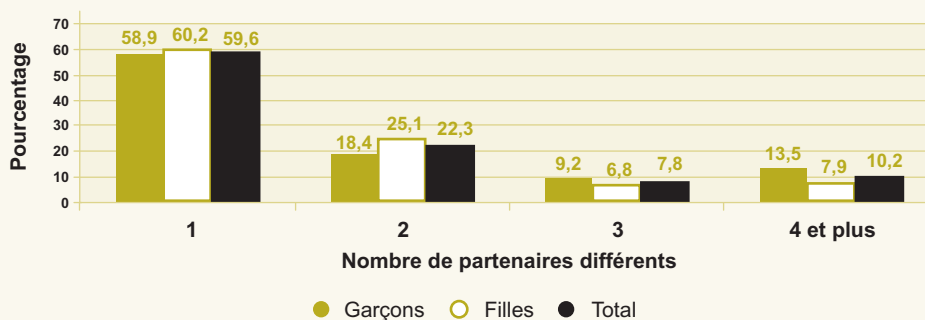
**FIGURE 14**  
 Port du condom lors des relations sexuelles parmi les  
 jeunes actifs sexuellement selon le sexe  
 Nord-du-Québec  
 2002



Source : JACQUES, Claudine, *Au Nord-du-Québec, nos ados nous parlent...*, 2005, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, p. 45.

Environ 4 jeunes sur 10 actifs sexuellement auraient eu plus d'un partenaire au cours de l'année ayant précédé l'enquête<sup>26</sup>.

**FIGURE 15**  
 Nombre de partenaires différents parmi les jeunes actifs sexuellement  
 durant l'année précédant l'enquête  
 Nord-du-Québec  
 2002



Source : JACQUES, Claudine, *Au Nord-du-Québec, nos ados nous parlent...*, 2005, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, p. 46.

26. Parmi ceux ayant déclaré avoir eu au moins une activité sexuelle dans leur vie, 87,9 % attestent avoir eu une relation sexuelle durant la dernière année précédant l'enquête; ceux-ci sont donc considérés comme actifs sexuellement.

Il ressort entre les deux enquêtes régionales que la probabilité d'avoir des comportements sexuels à risque est stable. Les prédicteurs les plus importants des comportements sexuels à risque sont la consommation d'alcool, de tabac et de drogues et étonnamment, une meilleure estime de soi. Entre 1995 et 2002, l'estime de soi s'est améliorée, à l'inverse de l'anxiété. Notre hypothèse : les jeunes qui ont une meilleure estime de soi sont également parmi ceux qui ont des partenaires amoureux et sexuels.

Concernant la prévention de l'hépatite B, un virus transmissible sexuellement et par le sang, les experts recommandent la vaccination des jeunes avant l'adolescence. La vaccination de tous les jeunes, avant qu'ils soient actifs sexuellement ou qu'ils aient des comportements à risque (relations non protégées, partage de seringues, etc.), est la meilleure façon de prévenir l'hépatite B. Le Comité d'immunisation du Québec, Santé Canada, la Société canadienne de pédiatrie et la Fondation canadienne du foie recommandent tous la vaccination avant l'adolescence.

L'indicateur associé à cette activité est la proportion d'élèves de 4<sup>e</sup> année ayant reçu trois doses du vaccin sur les élèves inscrits au moment de l'administration de la troisième dose<sup>27</sup>. Pour l'année 2007-2008, on estime à 97 % la couverture vaccinale chez les élèves de quatrième année du primaire qui reçoivent le vaccin contre l'hépatite B.

### 3.8 Couverture vaccinale contre l'influenza

L'influenza, communément appelée grippe, est évitable par l'immunisation annuelle<sup>28</sup>. Sachant que les complications sérieuses et les décès touchent surtout les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes âgées de 65 ans ou plus, la surveillance s'attarde à la couverture vaccinale chez les aînés.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2005) montre que la moitié des personnes de 50 ans et plus (49,6 %) dans la région ont été vaccinées contre la grippe l'année précédente, proportion qui ressemble à la proportion québécoise (43,4 %).

#### En résumé

En résumé, les habitudes de vie des jeunes montrent des améliorations notables. Les proportions de fumeurs et de consommateurs d'alcool sont à la baisse même si l'âge au moment de la première cigarette entièrement fumée apparaît plus jeune qu'au Québec. De l'enquête régionale au secondaire, nous savons que l'amélioration du climat dans la famille et à l'école a contribué à l'adoption de saines habitudes de vie. Les résultats révèlent qu'un plus grand encadrement parental favorise l'adoption de saines habitudes de vie.

27. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : deuxième rapport sur l'état de santé de la population - Les statistiques*, Québec, INSPQ, 2006, p. 143.

28. CARDINAL, Lise, et autres, *op. cit.*, p. 52 et 57.

À la lumière des résultats, trois défis se posent.

Un premier : maintenir à l'âge adulte les acquis observés chez le jeune tant au niveau de l'activité physique que du tabac.

Un deuxième : la saine alimentation s'ajoute à la promotion de saines habitudes de vie. Les indicateurs d'allaitement maternel et de consommation de fruits et de légumes sont en deçà des cibles ministérielles.

Enfin : un dernier défi concerne une meilleure gestion des comportements à risque (les relations sexuelles non protégées et la consommation de drogues notamment) tant chez les jeunes que chez les adultes.

#### 4. UTILISATION DES SERVICES SOCIAUX ET DES SOINS DE SANTÉ

L'organisation des services sociaux et de santé figure parmi les déterminants de la santé et du bien-être d'une population : l'accessibilité, la continuité, la coordination et la qualité des soins et des services ainsi que la mise en application des pratiques cliniques préventives en sont des facteurs. Comme le rapporte le *Programme national de santé publique 2003-2012* : « l'accès à un ensemble de services et de ressources de soutien, d'entraide et de défense des droits ajoute au plein développement du potentiel des individus et des communautés »<sup>29</sup>.

Plusieurs indicateurs tentent de cerner ce déterminant de la santé et du bien-être. On y aborde notamment la qualité et l'accessibilité aux soins, les consultations auprès de divers professionnels et le recours à des services particuliers (dépistage, hospitalisation, soutien à domicile) ainsi que la prise de médicaments.

##### 4.1 Qualité des soins

En 2003, les Jamésiens de 15 ans et plus percevaient la qualité des soins offerts dans leur communauté de bonne à excellente dans une proportion de 77,5 % peu importe qu'ils aient reçu ou non des soins. Leur perception ne diffère pas des autres Québécois dans leur milieu respectif. Toutefois, les Jamésiens apprécient davantage les services offerts dans la province que les autres Québécois (74,9 % comparé à 70,9 %).

---

29. *Idem*, p. 16.

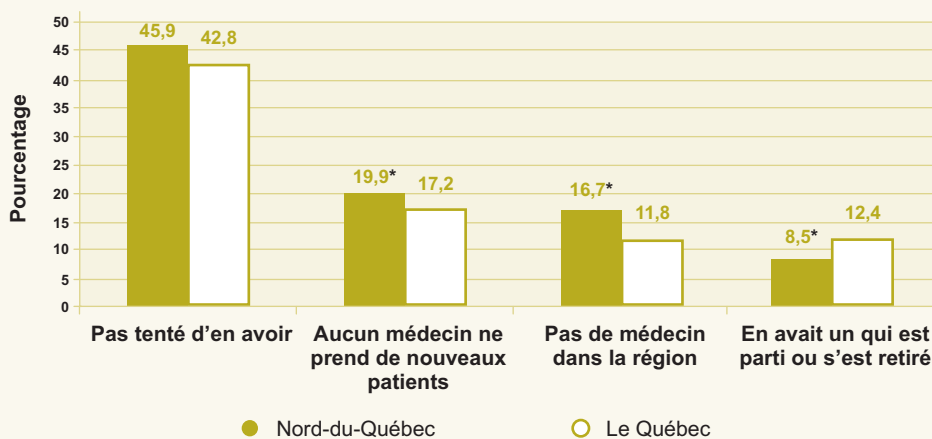
## 4.2 Accessibilité des soins de santé offerts

La perception de l'accessibilité aux soins de santé offerts dans la communauté est jugée bonne à excellente chez 70,4 % des Jamésiens de 15 ans et plus comparée à 60,1% des Québécois dans leur milieu respectif. L'accessibilité des soins au Québec est moins bien perçue et se situe à 59,6 % dans la région, ce qui est comparable aux autres Québécois (ESCC, 2003).

## 4.3 Avoir un médecin de famille

En 2005, 68,9 % des Jamésiens (12 ans et plus) déclarent avoir un médecin de famille. Cette proportion est inférieure à celle du Québec (75,1 %). Le fait de ne pas tenter d'en avoir un constitue la principale raison pour ceux déclarant ne pas avoir de médecin de famille. Les Jamésiens ne montrent pas de différences statistiques significatives avec les Québécois à cet égard.

**FIGURE 16**  
Proportion de la population de 12 ans et plus n'ayant pas de médecin de famille selon les raisons expliquant le fait de ne pas en avoir  
Nord-du-Québec et le Québec  
2005



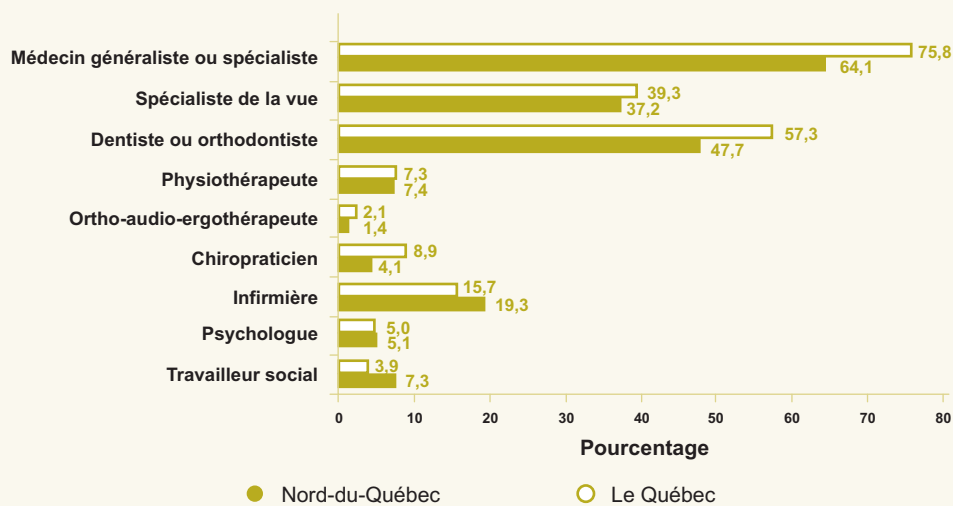
\* À interpréter avec prudence. Coefficient de variation entre 15 % et 25 %

Source : Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec (2005). Compendium de tableaux – Fichier de partage pour la région du Nord-du-Québec Statistique Canada, ESCC.

#### 4.4 Consultation d'un professionnel de la santé, incluant un médecin ou un spécialiste

Au cours des 12 mois précédant l'enquête (ESCC 2005), les Jamésiens de 12 ans et plus sont proportionnellement moins nombreux à avoir consulté un professionnel de la santé (89,4 %) que les Québécois (93 %), notamment parce que des écarts sont observés par rapport aux consultations moindres auprès des médecins, des chiropraticiens et des dentistes. On ne retrouve que les consultations auprès d'un travailleur social ou d'une infirmière en proportion plus élevée dans la région comparativement aux Québécois.

**FIGURE 17**  
Proportion de personnes de 12 ans et plus ayant consulté  
l'un ou l'autre des professionnels de la santé  
Nord-du-Québec et le Québec  
2005



Source : Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec (2005). Compendium de tableaux – (Nord-du-Québec) produit avec le fichier de partage et Compendium de tableaux – (province) produit avec le fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD-PUMF) de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1 (2005) de Statistique Canada.

#### 4.5 Besoins de santé non comblés

Environ 11 % des Jamésiens de 12 ans et plus ont des besoins de santé non comblés dans une proportion similaire aux Québécois (12,3 %). Quatre sur dix d'entre eux considèrent les délais d'attente trop longs. Cependant, l'ESCC dévoile qu'une plus grande proportion de Jamésiens (27,8 %) que de Québécois (8,9 %) juge que l'indisponibilité des soins dans leur région explique leurs besoins non comblés.

#### 4.6 Visite chez le dentiste

Bien que la proportion de gens de 12 ans et plus ayant des assurances couvrant en totalité ou en partie les frais dentaires soit plus élevée dans la région (54,5 % comparé à 46,5 % au Québec en 2003), la visite chez le dentiste est inférieure dans la région en comparaison avec le Québec (47,7 % comparé à 57,3 %). Soulignons que 30 % des Jamésiens (et des Québécois) n'ayant pas visité de dentistes durant les trois dernières années considèrent cette visite «non nécessaire» (ESCC, 2003).

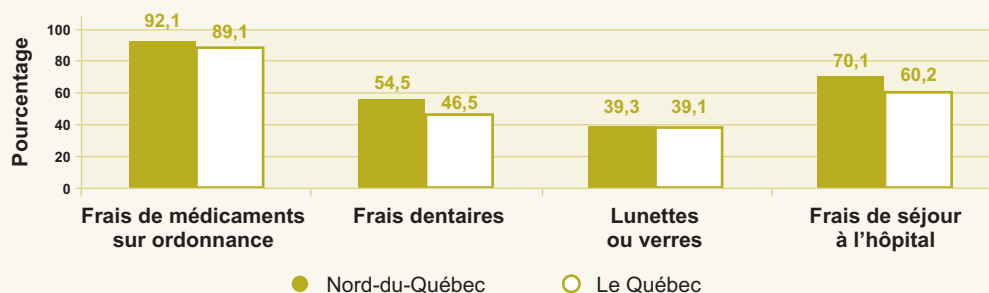
#### 4.7 Soutien à domicile

Moins de 5 % de la population jamésienne (de 20 ans et plus) ont reçu des services à domicile (qu'ils soient couverts ou non par l'État), ce qui correspond à environ 500 personnes. La proportion de Jamésiens ayant utilisé des services à domicile couverts par l'État est similaire à la proportion québécoise (environ 3 %). L'enquête estime à 2 % la clientèle ayant eu des besoins de services à domicile non satisfaits que ce soit dans la région ou au Québec<sup>30</sup>.

#### 4.8 Services assurés

Les Jamésiens sont proportionnellement plus nombreux à être couverts par les divers régimes d'assurance qu'ils s'agissent des frais de séjour d'hôpital, frais dentaires ou d'assurance médicaments (ESCC, 2003).

**FIGURE 18**  
Proportion de personnes de 12 ans et plus assurées pour divers frais  
Nord-du-Québec et le Québec  
2003



Source : Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec (2003). Compendium de tableaux – (Nord-du-Québec) produit avec le fichier de partage et Compendium de tableaux – (province) produit avec le fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD-PUMF) de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 2.1 (2003) de Statistique Canada.

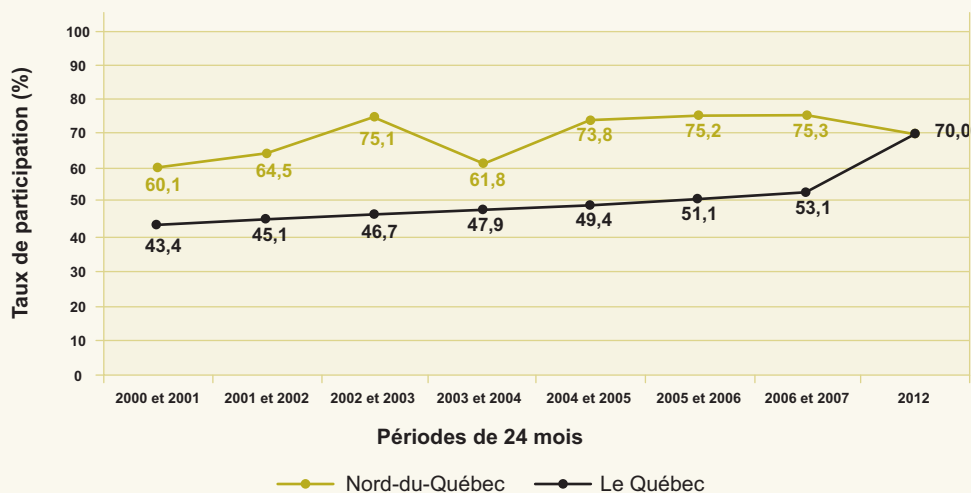
30. Les coefficients de variation étant élevés pour ces proportions, seules des approximations sont présentées. Toutefois, les données régionales ne montrent pas d'écarts statistiquement significatifs d'avec le Québec.

#### 4.9 Dépistage par mammographie

En 2005, quatre Jamésiennes de 35 ans et plus sur dix ont passé une mammographie à l'intérieur d'un intervalle de 2 ans (41,7 %). Parmi les principales raisons expliquant le recours à cet examen, 58,5 % l'ont fait dans le cadre d'un examen général ou de dépistage ou dans une moindre mesure parce qu'elles avaient une masse (16 %) ou des antécédents familiaux (15,4 %). Ce profil ne montre pas de différences statistiquement significatives avec le Québec, bien que certaines données doivent être interprétées avec prudence.

Considérant que le cancer du sein atteint particulièrement les femmes de 50 à 69 ans, un *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) a été implanté partout au Québec afin de réduire de 25 % le taux de mortalité par cancer du sein. Selon le cadre de référence de 1996, pour atteindre cet objectif, 70 % des femmes ciblées devaient participer au programme et devront obtenir une mammographie de dépistage à tous les deux ans. Le taux de participation des Jamésiennes âgées de 50 à 69 ans surpasse celui des Québécoises et dépasse même la cible ministérielle depuis quelques années.

**FIGURE 19**  
Taux de participation régional au PQDCS  
Nord-du-Québec et le Québec  
selon les années civiles combinées  
2000 à 2007



Source : SI-PQDCS

#### 4.10 Test de PAP

En 2000-2001, 83,3 % des Jamésiennes de 20 ans ou plus ont passé un test de PAP dans les trois années précédant l'ESCC. En 2005, la situation s'est légèrement détériorée avec 74,2 % des Jamésiennes ayant passé ce test dans un intervalle de trois ans. Toutefois, elles surpassent significativement les Québécoises (65,2 %).

#### 4.11 Avortements à l'adolescence

En raison des petits nombres, la plus grande prudence est de mise. La région obtient des taux qui apparaissent inférieurs à ceux du Québec mais qui ne démontrent pas d'écarts statistiquement significatifs que ce soit pour la période 1995-1998 ou 1999-2003<sup>31</sup>. On compte environ 15 interruptions volontaires de grossesse (IVG) pour 100 naissances vivantes chez les jeunes filles âgées entre 14 et 19 ans. Au Québec, le ratio est de 20 pour 100.

L'enquête régionale *Au Nord-du-Québec, nos ados nous parlent...* auprès des jeunes au secondaire montre que les facteurs expliquant 23 % des comportements sexuels à risque sont :

- La consommation d'alcool (plus le jeune consomme de l'alcool, plus il est à risque);
- Le tabagisme (plus le jeune fume, plus il est à risque);
- L'estime de soi (plus l'estime de soi est élevée, plus le jeune est à risque);
- L'anxiété (plus le niveau d'anxiété est élevé, plus le jeune est à risque);
- La consommation de drogues (plus le jeune consomme de la drogue, plus il est à risque);
- l'attitude à la scolarisation (plus l'attitude est négative, plus le jeune est à risque).

La situation des comportements sexuels à risque n'a pas évolué entre les deux enquêtes (1995 et 2002). De ce risque, 1,6 % des jeunes de 11 à 19 ans de la région disent avoir vécu un avortement.

#### 4.12 Consommation de médicaments

Les Jamésiens sont proportionnellement moins nombreux à consommer des médicaments avec ou sans ordonnance; chez les 12 ans et plus, 58,2 % en ont pris au moins un dans les 48 heures précédant l'enquête de 2003 comparé à 68,5 % au Québec (ESCC).

31. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : deuxième rapport sur l'état de santé de la population - Les statistiques, Québec, INSPQ, 2006, p. 149.

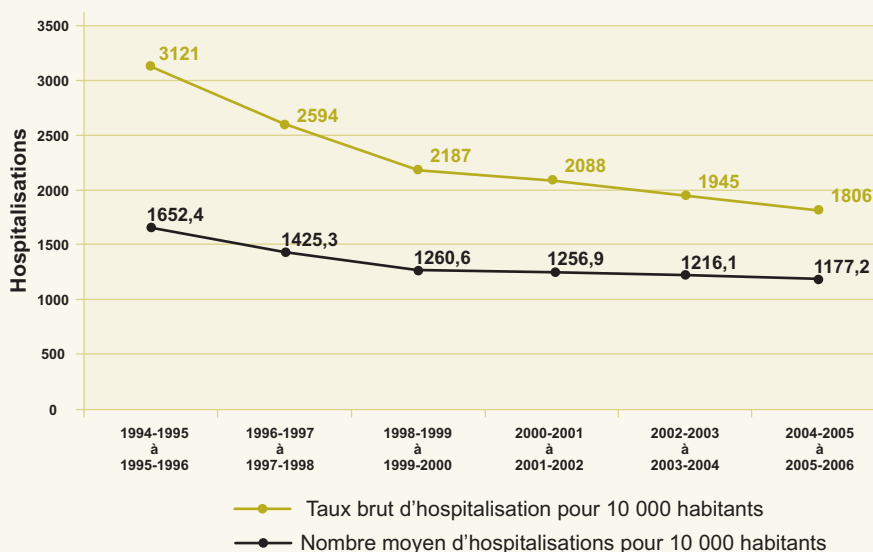
#### 4.13 Taux d'hospitalisation

La morbidité réfère à la maladie. Il s'agit d'un angle indispensable pour broser un portrait de l'état de santé d'une population. Certaines maladies, en raison de leur gravité, requièrent des services hospitaliers, c'est pourquoi les causes principales d'hospitalisation sont des indicateurs utiles à la surveillance de la morbidité.

Les données hospitalières proviennent du système MED-ÉCHO et elles sont disponibles sur la base des années financières. Elles reflètent davantage la pratique hospitalière que la prévalence d'une maladie. Les données se rapportent à des hospitalisations plutôt qu'à des personnes hospitalisées, une personne subissant un transfert est donc comptabilisée deux fois et cette pratique est courante dans la région. Les résultats fournissent donc un portrait de l'utilisation des services hospitaliers des résidents de la région.

En dix ans, le nombre d'hospitalisations en soins de courte durée a considérablement chuté. Évidemment, la baisse de population n'est pas étrangère à cette diminution. Toutefois, lorsque l'on analyse le taux brut d'hospitalisation, la baisse de population n'explique pas à elle seule la diminution du nombre d'hospitalisations. Parmi les autres facteurs pouvant expliquer cette baisse, on peut sans doute mentionner que le virage ambulatoire a modifié la pratique hospitalière avec une tendance aux soins dans la communauté.

**FIGURE 20**  
Nombre moyen et taux brut d'hospitalisations pour 10 000 habitants  
Nord-du-Québec  
1994-1995 à 2005-2006

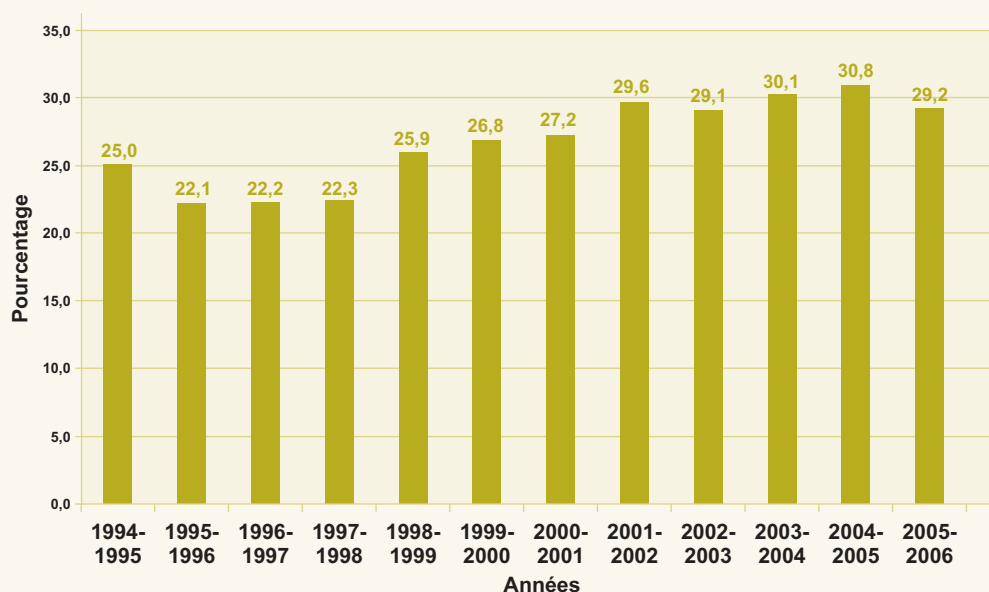


Source : MSSS, MED-ECHO 1994-1995 à 2005-2006

#### 4.14 Proportion de chirurgies d'un jour

Par ailleurs, le virage ambulatoire se traduit par une augmentation des chirurgies d'un jour. Depuis 2002, on retrouve près de 30 % de chirurgies d'un jour pour 70 % d'hospitalisations en soins de courte durée par rapport à l'ensemble des soins hospitaliers reçus par les Jamésiens.

**FIGURE 21**  
Proportion de chirurgies d'un jour  
Nord-du-Québec  
1994-1995 à 2005-2006



Source : MSSS, MED-ECHO, 1994-1995 à 2005-2006

Note : La proportion de chirurgies d'un jour est calculée sur la base des chirurgies d'un jour et des hospitalisations de courte durée en excluant les soins post-mortem et les soins psychiatriques.

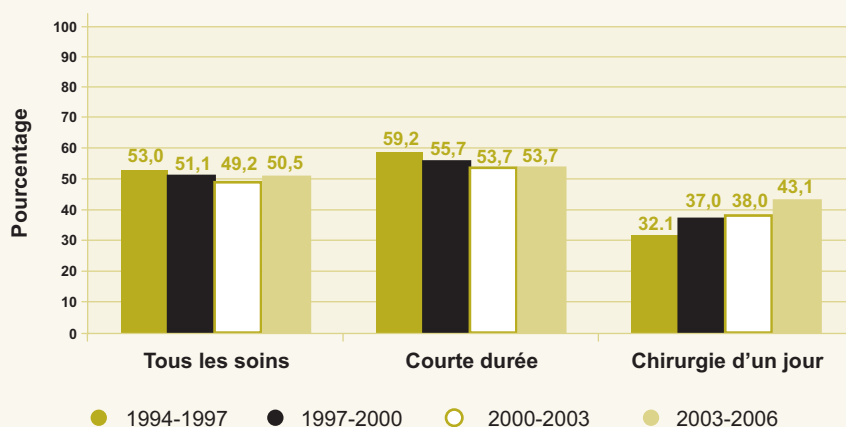
Le taux ajusté de chirurgie d'un jour sur la population jamésienne est de 564,4 pour 10 000 personnes (2001-2004), ce qui est supérieur à celui enregistré au Québec (396,6 pour 10 000) peu importe le lieu de traitement. Les maladies du système nerveux et des organes des sens, les maladies de l'appareil digestif, les maladies reliées aux organes génito-urinaires ainsi que celles du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif montrent tous des taux de chirurgie d'un jour plus élevés qu'au Québec<sup>32</sup>.

32. Infocentre de santé publique, [En ligne], Québec, Institut national de santé publique, consulté le 26 octobre 2007. [www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca].

#### 4.15 Rétention hospitalière

Parmi les autres changements de la pratique hospitalière, on note une légère diminution du taux de rétention en soins de courte durée<sup>33</sup>. Pour la période moyenne de 1994-1997, le taux de rétention est de 59,2 % et chute à 53,7 % pour la période 2003-2006. Même si l'on peut penser que les chirurgies d'un jour sont davantage offertes en région, le taux de rétention pour tous les types de soins hospitaliers présente lui aussi une baisse légère comme l'illustre le graphique.

**FIGURE 22**  
Taux de rétention des soins hospitaliers selon le type de soins  
Nord-du-Québec  
1994-1997 à 2003-2006



Source : MSSS, MED-ECHO 1994-1995 à 2005-2006

#### 4.16 Taux d'hospitalisation évitable liée à des conditions propices aux soins ambulatoires<sup>34</sup>

L'ensemble des conditions propices aux soins ambulatoires comprend l'angine, l'asthme, le diabète, l'épilepsie et autres états de mal épileptique, l'hypertension, l'insuffisance cardiaque congestive et les maladies pulmonaires obstructives chroniques.

33. Le taux de rétention se définit comme étant le nombre de soins hospitaliers reçus par les Jamésiens au sein du CRSSS de la Baie-James sur l'ensemble des soins hospitaliers reçus ici ou ailleurs.

34. Infocentre de santé publique, [En ligne], Québec, Institut national de santé publique, consulté le 26 octobre 2007. [www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca].

Soixante-cinq personnes âgées de 0 à 74 ans sur 10 000 (taux annuel moyen) ont été hospitalisées pour la période 2001-2004. En comparaison à l'ensemble du Québec, la région hospitalise davantage (taux ajusté : 83,5 pour 10 000 comparé à 43,3 pour 10 000) pour des diagnostics liés à des conditions propices aux soins ambulatoires. Elle se démarque surtout pour les hospitalisations des maladies pulmonaires obstructives chroniques et pneumonie, du diabète et de l'hypertension.

### **En résumé**

Les trois quarts des Jamésiens évaluent la qualité des services offerts de bonne à excellente peu importe le lieu de consultation. Les Jamésiens sont davantage satisfaits de la qualité des services offerts que de leur accessibilité, bien qu'ils jugent les services de leur communauté plus accessibles que les autres Québécois chez-eux. Trois personnes sur dix (12 ans et plus) n'ont pas de médecin de famille; le principal motif étant qu'ils n'ont pas essayé d'en avoir un. Ajoutons que les Jamésiens consultent moins souvent un professionnel de la santé que les Québécois sans pour autant avoir plus de besoins de santé non comblés. Ils sont plus souvent couverts par un régime privé d'assurance que les Québécois, ils consomment moins de médicaments et ont peu recours aux services de soutien à domicile. Même si la non-disponibilité de certains soins représente une des raisons de besoins de santé non comblés, la consolidation des services de base dans un contexte de région éloignée en décroissance représente un défi de taille, et les Jamésiens ne sont pas plus insatisfaits que les Québécois, au contraire.

La région a aussi entrepris le virage ambulatoire qui se traduit par une baisse des hospitalisations en soins de courte durée au profit des chirurgies d'un jour. On observe même un taux de rétention plus élevé pour les chirurgies d'un jour; il s'agit donc d'une amélioration de l'offre de services ambulatoires en région, même si les Jamésiens continuent d'être plus hospitalisés que les Québécois pour des diagnostics liés à des conditions de soins ambulatoires.

## SECTION 2

# État de santé

La définition de la santé se comprend par « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*<sup>35</sup>. » Ce portrait de santé réfère donc à plusieurs sources de données et circonscrit à la fois l'état de santé physique et mental de la population jamésienne en couvrant les problèmes de santé prioritaires documentés.

L'état de santé et de bien-être s'évalue par divers moyens. D'une part, les enquêtes populationnelles permettent de mesurer la perception qu'ont les Jamésiens de leur propre état de santé et de bien-être. D'autre part, les banques de données qui concernent la maladie, que ce soit par les diagnostics de consultations ou d'hospitalisations ou encore par l'analyse des causes de décès, représentent toutes des façons de mieux apprécier et suivre l'état de santé d'une population et de le comparer.

### 5. ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE

Cette section sur l'état de santé physique se mesure tant par la perception de son état de santé que par les limitations fonctionnelles, les blessures et les incapacités.

#### 5.1 Population se percevant en bonne santé

L'auto-évaluation de la santé est un bon prédicteur des problèmes de santé chroniques, de la détérioration fonctionnelle et de l'utilisation des services médicaux<sup>36</sup>.

En 2005, 25,2 % de la population jamésienne âgée de 12 ans et plus perçoit sa santé comme excellente. La région ne montre pas d'écart avec le Québec.

35. Cette définition a été adoptée en 1946 par l'OMS et n'a pas été modifiée depuis.

36. M. SHIELDS et S. SHOOSHTARI (2001). « Déterminants de l'auto-évaluation de la santé » *Rapports sur la santé*, décembre, vol. 13, no 1, p. 39-63, Statistique Canada (82-003). *Zoom Santé*, juin 2007.

## 5.2 Indice fonctionnel global de l'état de santé

Selon l'ESCC en 2003, 12,6 % des Jamésiens (âgés de 12 ans et plus) ont des problèmes de santé fonctionnelle qualifiés de modérés à sérieux. Parmi les problèmes, on retrouve principalement les troubles de vision (51,1 %) et de cognition<sup>37</sup> (26,1 %), suivi de ceux de la mobilité et de l'ouïe. La région ne détecte pas de différence avec le Québec.

## 5.3 Limitations d'activités

En 2005, le quart (24,4 %) des Jamésiens âgés de 12 ans et plus vivent des limitations d'activités et/ou des problèmes fonctionnels. Ces limitations sont vécues surtout dans leur vie courante (18,5 %), dans leurs loisirs ou leurs déplacements (13,9 %) et, dans une moindre mesure, à l'école ou au travail (8,2 %). Ces proportions sont en tout point comparables à la situation québécoise et n'ont pas évolué au cours des dernières années.

## 5.4 Blessures

Les blessures<sup>38</sup> qui ne sont pas dues à des mouvements répétitifs touchent 12,8 % des Jamésiens de 12 ans et plus alors que les blessures dues à des mouvements répétitifs sont de l'ordre de 7,4 % en 2005. Ces indicateurs n'ont pas évolué depuis les enquêtes précédentes et ne montrent pas d'écarts significatifs avec le Québec.

## 5.5 Incapacité et besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique

Au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête de 2005, 15,2 % des Jamésiens de 12 ans et plus vivaient une incapacité d'au moins une journée où ils ont dû être alités. Dans un autre ordre d'idées, 10 % des Jamésiens du même âge nécessitaient de l'aide pour des activités de la vie quotidienne ou domestique. Encore ici, l'échantillonnage ne permet pas de détecter de différences significatives entre la région du Nord-du-Québec et le Québec.

---

37. L'indice fonctionnel des troubles de cognition se compose de deux questions posées à tous les répondants de 12 ans ou plus. La première question est : « Comment décririez-vous votre capacité habituelle à vous souvenir des choses ? »

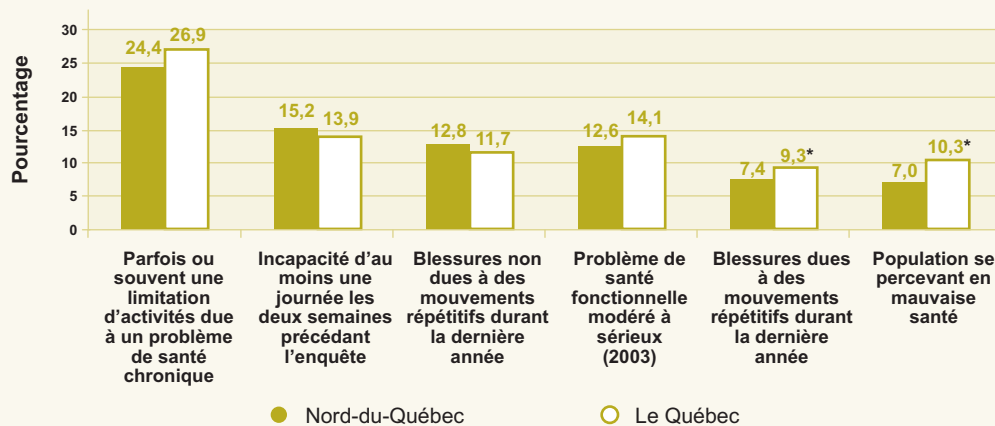
- 1 = Capable de se souvenir de la plupart des choses;
- 2 = Plutôt porté à oublier des choses;
- 3 = Très porté à oublier des choses;
- 4 = Incapable de se rappeler quoi que ce soit.

L'autre question est : « Comment décririez-vous votre capacité habituelle à penser et à résoudre les problèmes de tous les jours ? »

- 1 = Capable de penser clairement et de régler des problèmes;
- 2 = Éprouve un peu de difficulté;
- 3 = Éprouve une certaine difficulté;
- 4 = Éprouve beaucoup de difficulté.

38. Blessures subies au cours des 12 derniers mois suffisamment graves pour limiter les activités normales.

**FIGURE 23**  
**Proportion de la population jamésienne de 12 ans et plus**  
**ayant certains problèmes de santé physique**  
**Nord-du-Québec et le Québec**  
**2005**



\* En raison des coefficients de variation élevés, les données doivent être interprétées avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec (2005). Compendium de tableaux – (Nord-du-Québec) produit avec le fichier de partage de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1 (2005) de Statistique Canada et cycle 2.1 (2003).

## Résumé

Les données d'enquête montrent que l'état de santé physique perçu par les Jamésiens ressemble à celui de la population québécoise. Cependant, ces enquêtes ne permettent pas de détecter de différences statistiquement significatives en raison du faible échantillonnage. Néanmoins, il faudra surveiller l'impact du vieillissement de la population jamésienne sur leur état de santé.

## 6. ÉTAT DE SANTÉ PSYCHOSOCIALE ET MENTALE

L'étendue du champ à couvrir par la surveillance générale pose un certain nombre de difficultés opérationnelles notamment dans le domaine psychosocial. En effet, la complexité des problématiques explique que les sources de données sont souvent manquantes et que des développements d'indicateurs sont requis. Ces limites étant énoncées, cette section trace le portrait de l'état de santé psychosociale et mentale tel que perçu par les Jamésiens.

## 6.1 Population se percevant en bonne santé mentale

Selon cette étude, 40,9 % des Jamésiens<sup>39</sup> perçoivent leur santé mentale d'excellente en 2005. Comme au Québec, ils ont tendance à évaluer plus positivement leur santé mentale que leur santé en général. Seulement, 1,5 % perçoit sa santé mentale comme passable ou mauvaise.

## 6.2 Satisfaction de la vie

La mesure de la satisfaction de la vie est utilisée dans plusieurs pays en complémentarité avec d'autres mesures plus objectives (conditions de vie, revenu par habitant, état de santé physique, etc.). Elle permet de mieux cerner la part subjective du bien-être entre les aspirations d'une personne et ses réalisations, ce qui est généralement bénéfique pour la santé.

Les sources de satisfaction des Jamésiens sont en ordre décroissant : les relations qu'ils entretiennent avec les membres de leur famille (49,4 %), la satisfaction de leur logement (45,8 %), leur vie (39,6 %), leur emploi (39,1 %), la satisfaction dans les loisirs (35,4 %), la satisfaction de soi-même (33,8 %), leur situation financière (19,4 %) et enfin, leur apparence physique (18,8 %). Toutes ces proportions sont similaires à celles observées au Québec en 2005.

## 6.3 Stress quotidien et au travail élevé

Les Jamésiens perçoivent moins de stress au travail (26,6 %<sup>40</sup>) et dans leur vie quotidienne (18,1 %<sup>41</sup>) que les Québécois en 2005.

Les Jamésiens (57,2 %) sont proportionnellement plus nombreux qu'au Québec (49,4%) à avoir une latitude décisionnelle faible ou modérée au travail au regard des compétences requises.

## 6.4 Risque de dépression

Le risque de dépression touche environ 4 % (cas probable en 2005) de la population de 12 ans et plus qu'elle soit jamésienne ou québécoise.

---

39. 12 ans et plus.

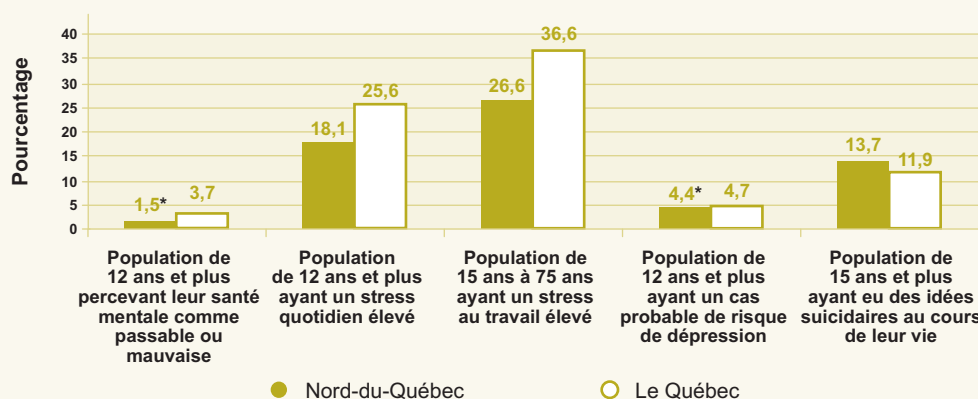
40. 15 à 75 ans ayant travaillé au cours des douze derniers mois.

41. 15 ans et plus.

## 6.5 Idéations suicidaires

Au Nord-du-Québec, comme au Québec, environ une personne de 15 ans sur dix a déjà pensé au suicide au cours de sa vie, alors qu'environ 2 % y ont songé sérieusement au cours des douze derniers mois.

**FIGURE 24**  
Proportion de la population de 12 ans et plus selon leur état de santé mentale  
Nord-du-Québec et le Québec  
2005



\*À interpréter avec prudence. Coefficient de variation entre 15 % et 25 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec, (2005). Compendium de tableaux – (Nord-du-Québec) produit avec le fichier de partage de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1 (2005) de Statistique Canada.

## Résumé

Règle générale, les Jamésiens affichent un bilan comparable ou sinon meilleur en santé mentale comparativement au Québec à l'exception des idéations suicidaires qui ne montrent pas d'écart. Des analyses québécoises ont démontré que le stress est généralement plus élevé en région urbaine qu'en région rurale et que les personnes plus scolarisées et jouissant d'un meilleur revenu sont celles qui éprouvent davantage un stress élevé tant dans leur quotidien qu'au travail. On peut présumer que le milieu de vie en région éloignée est favorable à un degré moindre de stress. Toutefois, sachant que l'actualité régionale a changé depuis 2005, ces données doivent être nuancées notamment concernant diverses sphères relatives à la satisfaction de la vie.

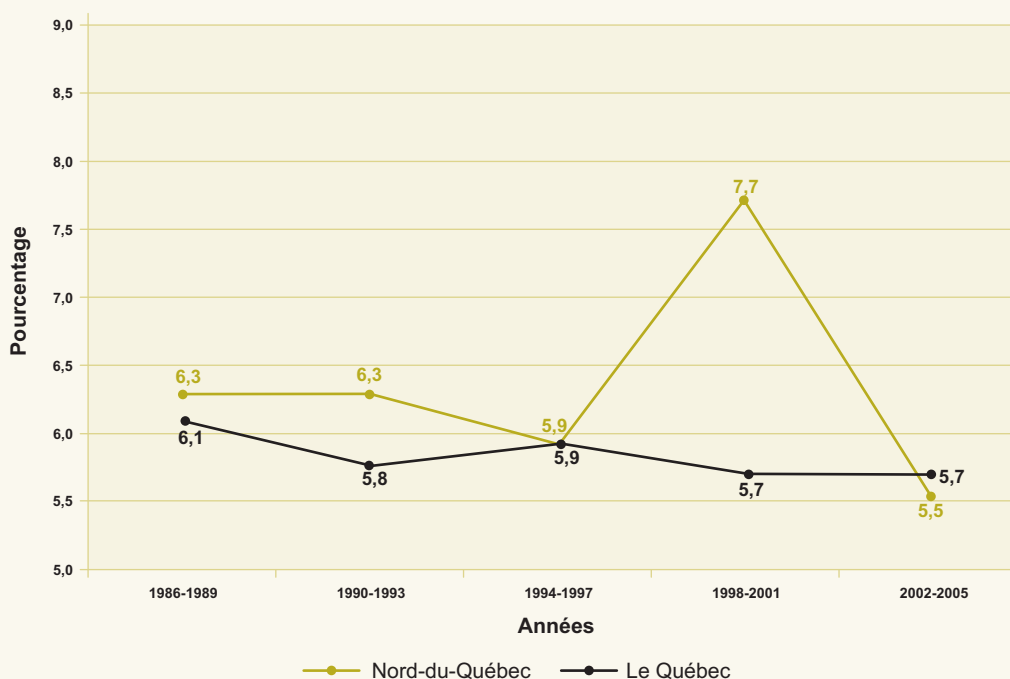
## 7. MORBIDITÉ

La morbidité est le rapport entre le chiffre de la population et la somme des maladies ou des gens malades dans un temps donné et pour une maladie donnée (Office de la langue française, 1990). Dans cette section, on retrouve surtout des états morbides physiques comme les bébés de faible poids et nés prématurément, les personnes aux prises avec des problèmes de santé chroniques et une présentation des principales causes d'hospitalisation qui ajoute à la gravité des diagnostics de maladie.

### 7.1 Naissances de faible poids

Selon l'OMS, un poids minimal de 2 500 grammes est essentiel pour l'atteinte d'un état de santé adéquat. Règle générale, les proportions moyennes de naissances de faible poids dans la région correspondent à celles du Québec, et malgré une variation importante (probablement due au hasard), la situation entre 2000 et 2005 est comparable à celle du Québec laquelle tend même légèrement à diminuer.

**FIGURE 25**  
Proportion moyenne de naissances vivantes de faible poids  
Région sociosanitaire de résidence du Nord-du-Québec et le Québec  
1986-1989 à 2002-2006

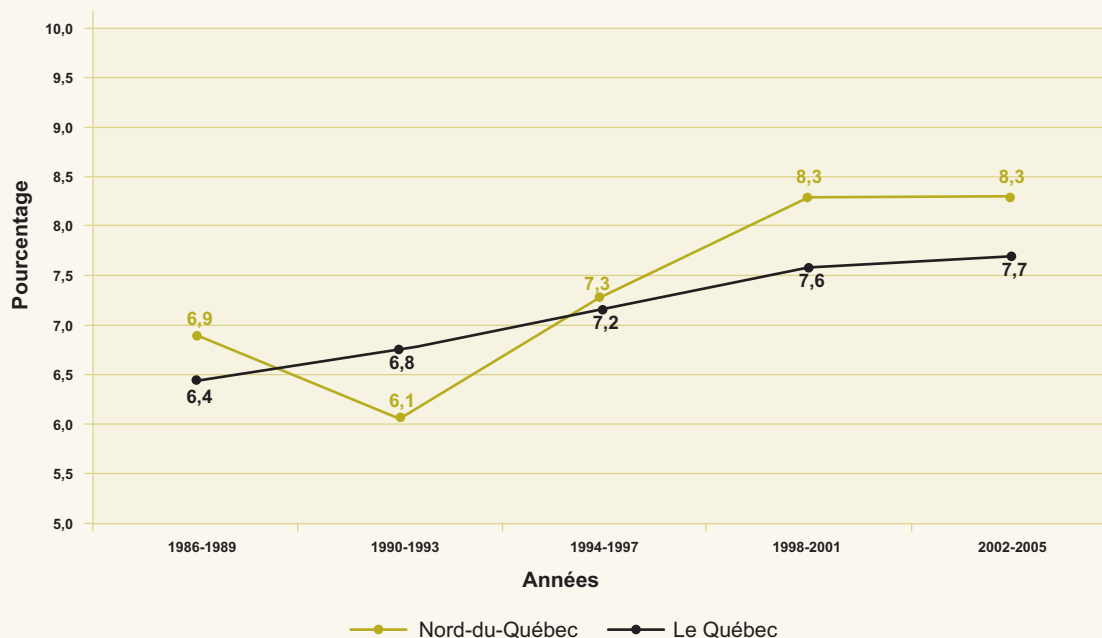


Source : MSSS, fichiers des naissances 1986 à 2005.

## 7.2 Naissances prématurées

La durée de gestation est l'indicateur employé pour connaître la proportion de bébés nés prématurément (inférieure à 37 semaines entières de gestation). Le graphique rend compte d'une certaine variabilité de la proportion de naissances prématurées dans la région. L'augmentation perçue au Québec serait attribuable en partie à une plus grande proportion de grossesses multiples qui aboutissent généralement en naissances de bébés prématurés. En ce qui concerne la région, il faut toujours garder à l'esprit qu'il s'agit de petits nombres. En effet, la moyenne de ces proportions est de 8,3 % pour la région comparativement à 7,7 % pour le Québec pour la période étudiée. La proportion pour la région est légèrement supérieure. Toutefois, les variations sont sensibles aux petits nombres impliqués.

**FIGURE 26**  
Proportion moyenne de naissances vivantes prématurées  
Nord-du-Québec et le Québec  
1986-1989 à 2002-2005



Source : : MSSS, fichiers des naissances 1986 à 2005.

### 7.3 Indice de masse corporelle

L'analyse provient des données de poids et de taille déclarées par les répondants eux-mêmes ce qui est moins fiable que des mesures directes (dites anthropométriques). En effet, les personnes interrogées (surtout au téléphone) ont tendance à sous-déclarer leur poids et à surdéclarer leur taille. Ce biais entraîne une sous-estimation de l'embonpoint et de l'obésité, particulièrement chez les 12 à 17 ans où le taux de non-réponse est élevé. Néanmoins, les données obtenues permettent de calculer l'indice de masse corporelle et de rendre compte de la problématique du surpoids (IMC  $\geq 25$ ), laquelle augmente le risque de maladies chroniques et leurs conséquences psychosociales.

De toutes les enquêtes réalisées dans la région (uniquement par téléphone), quelques unes démontrent que la population jamésienne connaît une proportion plus élevée qu'au Québec de gens aux prises avec un excédant de poids, soit les enquêtes de 1998 et 2003. Selon l'INSPQ<sup>42</sup>, la région du Nord-du-Québec était la seule dont l'excédant de poids dans la population était lié à d'autres facteurs que la structure par âge ou le niveau socioéconomique. En effet, on s'explique mal la problématique du poids dans la région sachant que les Jamésiens sont moins sédentaires qu'ailleurs, que les habitudes alimentaires perçues ne sont pas très différentes des Québécois et qu'il existe plutôt un biais de sous-déclaration par enquête téléphonique. En 2005, l'ESCC estime que 50 % des Jamésiens de 20 ans et plus (excluant les femmes enceintes) présentent un excédant de poids (surpoids et obésité)<sup>43</sup>. L'obésité touche à elle seule 17,1 % de la population jamésienne du même groupe d'âge en 2005.

### 7.4 Problème de santé de longue durée

On retrouve une proportion similaire à la population québécoise de personnes qui ont un problème de santé de longue durée (65,3 % en 2005 comparé à 67,7 % au Québec). L'imprécision liée aux petits nombres limite l'analyse par diagnostic, cependant on serait tenté de croire que les Jamésiens ne présentent pas de problèmes de santé de longue durée plus prévalents qu'au Québec. On y retrouve entre autres les symptômes d'asthme, les allergies, l'hypertension, les maux de dos, les migraines, etc.

---

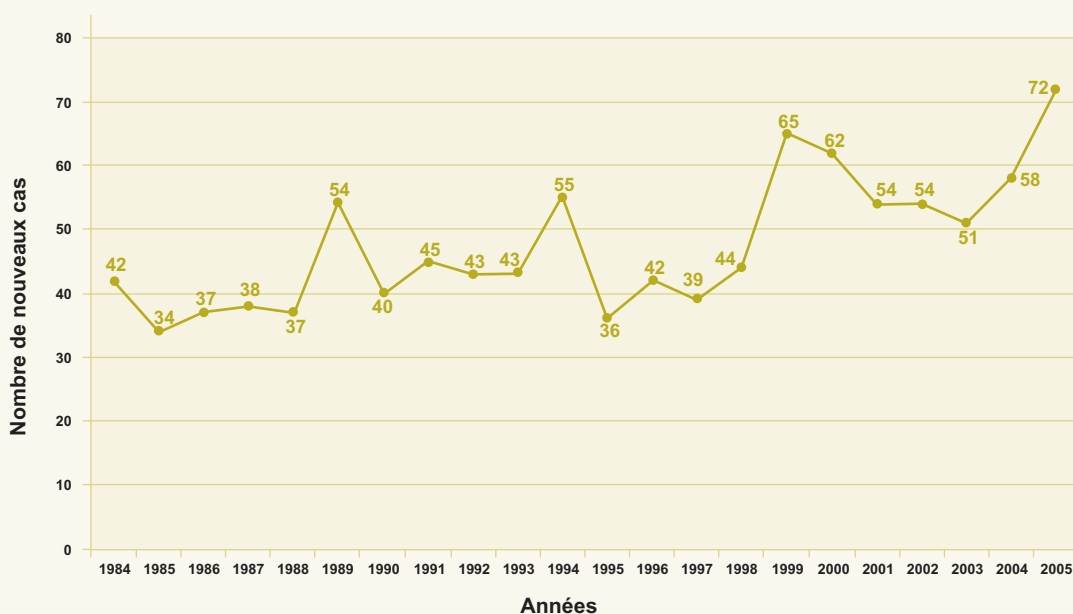
42. MONGEAU, Lyne, et autres. *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*, Québec, Institut national de santé publique, 2005, p.4.

43. Au Québec, la prévalence du surpoids est estimée à 48 % et l'obésité à 14,7 %. Il n'y a pas d'écart significatif entre la région et le Québec.

## 7.5 Incidence du cancer

L'incidence annuelle du cancer, ou le nombre de nouveaux cas par année, ne cesse d'augmenter dans la région. Malgré des variations aléatoires, la région est passée de 50 cas à 83 cas entre 1984 et 2005 (incluant les carcinomes *in situ* et les cancers de la peau). Or, c'est l'incidence des tumeurs malignes qui intéressent davantage.

**FIGURE 27**  
Nouveaux cas de tumeurs malignes  
Nord-du-Québec  
1984 à 2005



Source : <https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca> consulté le 17 octobre 2008.

Ce phénomène à la hausse est inquiétant d'autant plus que le taux ajusté d'incidence du cancer est nettement supérieur à celui du Québec, et devance toutes les régions pour la période moyenne 1999-2002 avec 64 cas pour 10 000 de population<sup>44</sup> comparé à 47 au Québec.

En ordre décroissant, on retrouve chez les hommes surtout, le cancer du poumon suivi du cancer du côlon et du rectum et en troisième lieu du cancer de la prostate. Chez la femme, l'incidence la plus élevée concerne le cancer du sein, suivi du cancer du poumon et au troisième rang le cancer colorectal. Ces données sont basées sur le fichier des tumeurs pour les années 2000 à 2005.

44. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : deuxième rapport sur l'état de santé de la population - Les statistiques, Québec, INSPQ, 2006, p. 253.

## 7.6 Hospitalisation selon le diagnostic principal

Les principales causes d'hospitalisations<sup>45</sup> (période moyenne de 2003 à 2006) pour les résidents de la région sont les maladies de l'appareil circulatoire (10,8 %), les maladies de l'appareil digestif (7,9 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (7,8 %), et ce, peu importe l'établissement dans lequel les résidents ont été hospitalisés.

Comparativement à la période 1993-1996, on remarque une hausse de la proportion des hospitalisations des résidents de la région dont le diagnostic principal est classé parmi les tumeurs (3,6 % à 7,7 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (8,1 % à 10,8 %). Néanmoins, on note une diminution de la proportion d'hospitalisation en ce qui concerne les maladies de l'appareil respiratoire (11,5 % à 7,8 %) et les maladies de l'appareil digestif (10 % à 7,9 %).

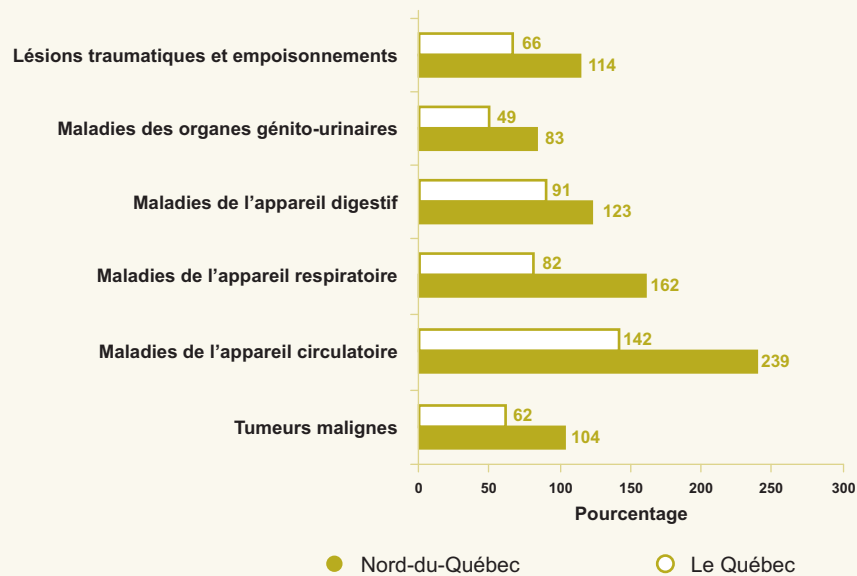
Comparativement au Québec, les Jamésiens sont davantage hospitalisés (le taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour la région est de 1 321 pour 10 000 hab. et de 777 au Québec pour la période 2000-2004<sup>46</sup>). De même, peu importe le diagnostic : les maladies de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif, les lésions traumatiques et empoisonnements, les tumeurs malignes et les maladies des organes génito-urinaires pour lesquels des taux ajustés ont été calculés, tous sont statistiquement plus élevés comparativement au Québec. Cependant, au fil des ans, ces taux tendent à diminuer dans la région.

---

45. Les proportions sont calculées sur l'ensemble des hospitalisations, lesquelles tiennent compte des complications de la grossesse, les accouchements et les suites de couches dans une proportion de 12,1 % et les enfants nés vivants en bonne santé (9,6 %). Toutefois, ces deux catégories ne font pas partie du portrait de la morbidité hospitalière dans le texte.

46. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *op. cit.*, p. 217.

**FIGURE 28**  
**Taux ajusté d'hospitalisation annuel moyen**  
**en soins physiques de courte durée selon le diagnostic principal**  
**Nord-du-Québec et le Québec**  
**2000-2004**



Source : Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport sur l'état de santé de la population*, Gouvernement du Québec, p. 217.

### 7.7 Incidence des infections transmises sexuellement et par le sang

Chez les personnes de 15 à 49 ans ayant déjà eu des relations sexuelles, environ 10 % ont reçu au moins un diagnostic de maladie transmise sexuellement (au cours de leur vie). Il n'y a pas de différence significative avec le Québec.

Chez les jeunes, une enquête régionale démontre une diminution de ces maladies puisque seulement 1,1 % en déclarait en 2002 comparativement à 2,2 % en 1995. L'écart est significatif.

## Résumé

Au plan de la morbidité, les données disponibles montrent une hausse de l'incidence du cancer (et des hospitalisations qui lui sont associées). Dans la région, la priorité est accordée à la lutte aux maladies chroniques puisque l'on connaît aussi une proportion élevée d'excès de poids chez les Jamésiens.

Le cancer du poumon est très préoccupant sachant que le taux de fumeurs réguliers et occasionnels fut longtemps supérieur à celui du Québec. Heureusement que ce taux tend à diminuer, de même, la proportion d'hospitalisation pour maladies de l'appareil respiratoire décroît.

Enfin, la prématurité des nouveau-nés constitue aussi une préoccupation de santé publique puisque la morbidité qui lui est généralement associée amène des inégalités de santé comparativement aux enfants nés à terme. Son étiologie étant multifactorielle, il est difficile d'en expliquer la hausse dans la région<sup>47</sup>.

## 8. MORTALITÉ

L'analyse de la mortalité est fondamentale au plan sociosanitaire. En identifiant les principales causes de décès, il devient alors possible d'agir à titre préventif pour en limiter le nombre. Aussi, l'analyse de la mortalité en termes d'espérance de vie, de taux de décès ajustés et d'années potentielles de vie perdues permet de mesurer le bilan de santé d'une population et de le comparer à d'autres. Cette section, présente les indicateurs utilisés en ce sens.

### 8.1 Espérance de vie à la naissance

Les Jamésiens ont une espérance de vie à la naissance qui ne diffère pas significativement de celle des Québécois. Les hommes peuvent espérer vivre jusqu'à 75,2 ans (76,5 ans au Québec) et les femmes jusqu'à 80,3 ans (82,1 ans au Québec)<sup>48</sup>. On peut penser que l'espérance de vie à la naissance s'est améliorée si l'on considère que la variation absolue entre 1985-1989 et 2000-2003 s'est accrue de 4,2 années dans la région chez les sexes réunis.

---

47. Plusieurs pays industrialisés observent que cette hausse est partiellement attribuable à la modification de la méthode de calcul de l'âge gestationnel.

48. Infocentre de santé publique, [En ligne], Québec, Institut national de santé publique, consulté le 5 janvier 2008, requête paramétrable, période 2000-2003. [www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca, calculé pour la période 2000-2003.

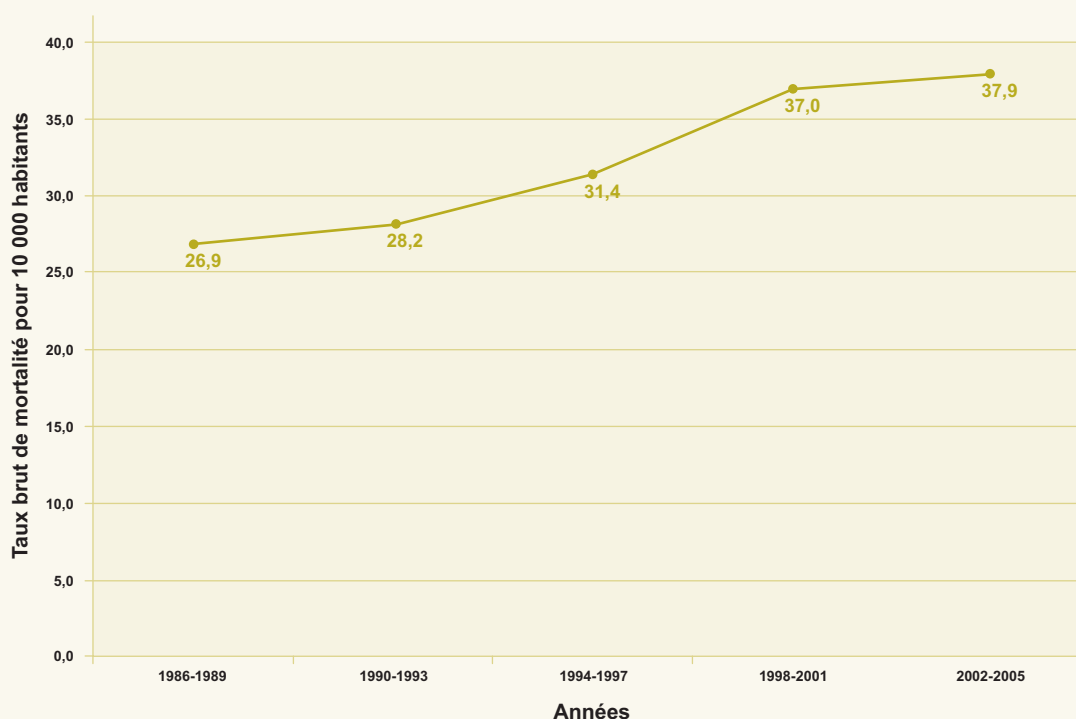
## 8.2 Mortalité périnatale et infantile

Qu'il s'agisse de mortinaissances ou de décès survenant dans la première année de vie de l'enfant, le nombre de décès annuels est toujours inférieur à 5 cas/année, rendant difficile la surveillance épidémiologique.

## 8.3 Taux brut et taux ajustés de mortalité

Le taux brut de mortalité montre une augmentation du nombre de décès dans la région par rapport à la population totale. Bien que le nombre de décès n'aient jamais été aussi bas en 2005 (n=53), on note néanmoins que la population jamésienne diminue et vieillit, ayant pour effet des taux bruts de mortalité à la hausse. On calcule 37 décès pour 10 000 habitants en 2005, soit un fardeau social et économique de 10 personnes décédées de plus par 10 000 habitants qu'au milieu des années 1980.

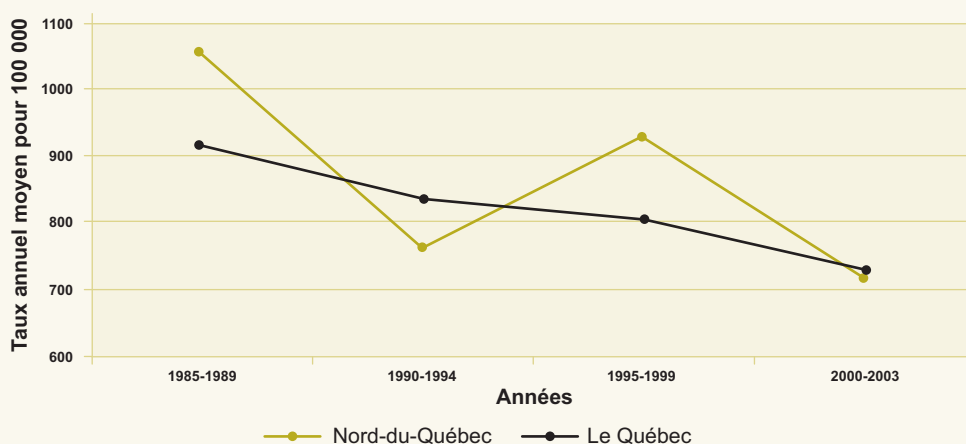
**FIGURE 29**  
Taux brut annuel moyen de décès pour 10 000 habitants  
Nord-du-Québec  
1986 à 2005



Source : : MSSS, Fichier des décès 1986 à 2005.

Par contre, pour se comparer au Québec, l'utilisation de taux ajustés par âge s'impose sachant que la population jamésienne est plus jeune et que ces deux territoires géographiques subissent des changements démographiques dans le temps. Les taux ajustés de mortalité montrent une tendance d'un recul important de la mortalité. Autrement dit, les taux ajustés permettraient de quantifier l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des populations dans le temps si elles étaient en tout point comparables. Malgré quelques variations régionales, les taux ajustés ne montrent pas d'écart significatif<sup>49</sup> entre la région et le Québec.

**FIGURE 30**  
Taux ajusté de mortalité<sup>50</sup>  
Nord-du-Québec et le Québec  
1985 à 2003



Source : Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport sur l'état de santé de la population*, Gouvernement du Québec, p. 235.

#### 8.4 Taux des années potentielles de vie perdues

Le taux des années potentielles de vie perdues est un indicateur du fardeau de la mortalité prématurée, puisqu'il quantifie la perte encourue par la société en raison de décès survenant chez les jeunes et de décès prématurés. Pour l'ensemble des causes (1999-2003) ce taux ne montre pas de différence significative avec le Québec : il est de 6022,3 pour 100 000 personnes<sup>51</sup>. Même calculé selon d'importantes causes de mortalité, aucun taux ne montre un écart significatif avec le Québec. Toutefois, les taux diminuent dans le temps démontrant ainsi, comme au Québec, un recul de la mortalité dite prématurée.

49. *Ibid.*, consulté le 3 juillet 2007.

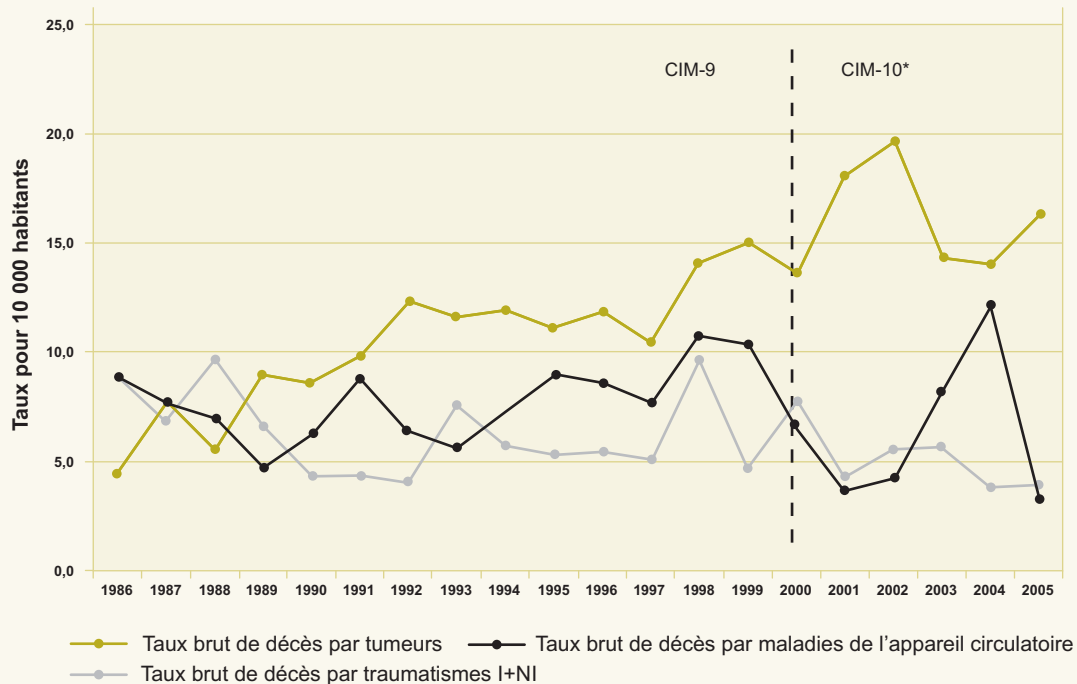
50. Dans ce graphique, le total correspond à 77 % des causes de décès puisque seules les causes spécifiques en importance ont été prises en compte dans le calcul des taux ajustés.

51. Infocentre de santé publique, [En ligne], *op.cit.*, consulté le 3 juillet 2007.

## 8.5 Mortalité selon la cause

Dans la région, 75 % des décès entre 2000 et 2005 s'expliquent par les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et les traumatismes<sup>52</sup>. Le graphique illustre la progression de la mortalité associée aux tumeurs alors qu'on observe un léger recul de la mortalité par traumatisme. La diminution des traumatismes peut aussi refléter le vieillissement de la population.

**FIGURE 31**  
Taux brut de décès pour les causes initiales les plus fréquentes  
Nord-du-Québec  
1986 à 2005



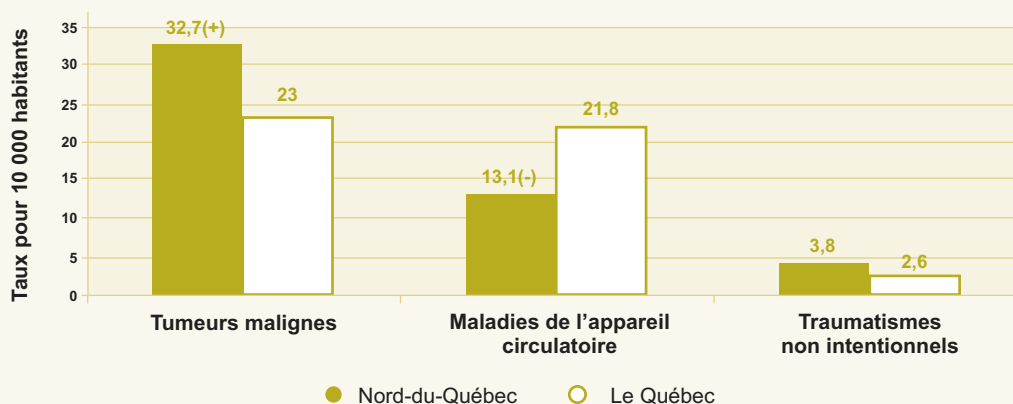
Source : MSSS, Fichier des décès 1986 à 2005.

\*Note : L'adoption de la CIM-10 à partir de l'année 2000 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes de décès.

52. (67,8 % au Québec pour la période 2000-2005).

Comme au Québec, les décès par tumeurs malignes constituent la première cause de mortalité dans la région avec quatre décès sur dix (43,7 %) pour la période moyenne de 2000 à 2005 (n=26 décès annuellement). Bien qu'il s'agisse de petits nombres, on observe un écart significatif d'avec le reste du Québec par rapport au taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes (par exemple 32,7 pour 10 000 habitants comparé à 23,0 pour 10 000 habitants dans le reste du Québec<sup>53</sup> en 2000-2003). Les décès par tumeurs malignes les plus fréquents sont associés aux organes respiratoires et intra thoraciques (37,4 % des décès par tumeurs entre 2000 et 2005) suivi des décès par tumeurs associées aux tumeurs malignes des organes digestifs (23,9 %).

**FIGURE 32**  
Taux ajusté de mortalité selon les principales causes de décès  
Nord-du-Québec et le Québec  
2000-2003



Source : Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses – Deuxième rapport sur l'état de santé de la population*, Gouvernement du Québec, p. 257, 259, 287.

La deuxième cause qui enregistre le plus de décès annuellement dans la région est celle relative aux maladies de l'appareil circulatoire avec 10 décès en moyenne par année entre 2000 et 2005 représentant 17,2 % des décès pour cette période. Au Québec, les décès par maladies de l'appareil circulatoire représentent aussi la deuxième cause de mortalité avec 29,2 % des décès (2000-2005). Depuis 1986, les décès pour cette cause figurent presque toujours en deuxième position dans la région. Le taux régional ajusté de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire est de 13,1 pour 10 000 personnes comparativement à 21,8 au Québec pour la période moyenne de 2000 à 2003. Bien que l'écart soit statistiquement inférieur, la valeur doit être interprétée avec prudence.

53. Infocentre de santé publique, [En ligne], *op.cit.*, consulté le 3 juillet 2007.

Les décès par traumatismes constituent la troisième cause de décès en importance incluant notamment les accidents de véhicules à moteur, les suicides, les chutes accidentelles et les autres accidents. Autrefois, la région se distinguait par une proportion élevée de décès par traumatismes pour la période 1986 à 1989 avec 29,8 % des décès; proportion qui chute à 17,3 % pour la période de 1995 à 1999 et à 14,1 % pour la période 2000 à 2005<sup>54</sup>. Le taux ajusté de mortalité montre également une diminution notable dans le temps. Par exemple, il était de 6,1 pour 10 000 personnes en 1985-1989 pour baisser à 3,8 pour 10 000 personnes pour la période 2000-2003. Ce dernier ne montre pas d'écart significatif avec le Québec en 2000-2003 (2,6 pour 10 000 personnes), alors que c'était le cas en 1985-1989 (3,3 pour 10 000 personnes). En somme, cette diminution représente un gain sur l'état de santé et de bien-être de la population jamésienne sachant que les régions éloignées affichent habituellement des taux de mortalité par traumatismes non intentionnels plus élevés que les régions urbaines<sup>55</sup>.

Comme partout, les décès par traumatismes touchent généralement les jeunes hommes en raison des accidents de véhicules à moteur, des suicides et des accidents survenant avec des machines ou des instruments que ce soit au domicile ou au travail. La région se distingue notamment par deux facteurs dont celui d'être composée majoritairement d'hommes et d'une population plus jeune qu'au Québec. La baisse enregistrée de décès par traumatismes est davantage reliée à la diminution des accidents mortels de véhicules à moteur. Au Québec, on observe également une diminution de la mortalité par accidents de véhicules à moteur<sup>56</sup>.

## Résumé

L'espérance de vie des Jamésiens ne diffère pas significativement des Québécois. Tel qu'attendu, les femmes ont une espérance de vie plus longue que les hommes. Le fardeau de la mortalité en Jamésie s'accroît, c'est-à-dire qu'on dénombre plus de décès par rapport à la population totale, principalement en raison du vieillissement de la population. Toutefois, lorsque les taux de mortalité sont ajustés en fonction de l'âge, on note un recul de la mortalité dans le temps, ce qui sous-tend une amélioration de la santé des Jamésiens. La baisse des taux d'années potentielles de vie perdues, comme au Québec, témoigne de cette amélioration. La baisse observée des décès par traumatismes est éclipsée par une montée fulgurante de la mortalité par tumeurs qui est au premier rang des causes de décès avec 4 décès sur 10.

54. Les nouvelles règles de classification des décès en 2000 entraînent des variations importantes notamment sur les blessures non-intentionnelles (+3,3%) et les chutes (-49,8%) selon Statistique Canada.

55. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : deuxième rapport sur l'état de santé de la population - Les analyses*, Québec, INSPQ, 2006, p. 63.

56. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : deuxième rapport sur l'état de santé de la population - Les statistiques*, Québec, INSPQ, 2006, p. 286.



## Conclusion

En tant que réseau de santé et de services sociaux, le défi de la santé publique est d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population. La réalisation de ce portrait de santé tente justement de témoigner de ces améliorations et des gains à obtenir.

Or, l'exercice de la surveillance ne peut se réaliser sans l'alimentation en données. Pour obtenir un portrait exhaustif de la population jamésienne, plusieurs objets demandent à être mieux documentés, c'est le cas notamment pour les aspects psychosociaux. Des indicateurs comme l'insatisfaction à l'égard du poids et l'image corporelle, le nombre d'abus et de négligence auprès des enfants, les cas de violence conjugale et d'agressions sexuelles, le nombre de cas de délinquance et de criminalité et le nombre de joueurs pathologiques en sont des exemples.

D'autres limites sont identifiées. Par exemple, le peu de cas en raison d'une faible densité de population et d'une démographie à la baisse ne facilitent pas le travail de la surveillance. Aussi, il est fréquent que les indicateurs mentionnés dans ce portrait ne puissent être comparés dans le temps et dans l'espace en raison de limites méthodologiques (non comparabilité) ou de la non-disponibilité des données.

Ces limites étant exposées, il ressort de ce portrait de santé et de bien-être les faits saillants suivants concernant l'état de santé des Jamésiens lorsqu'ils sont comparés aux Québécois :

- Les Jamésiens se perçoivent en bonne santé, sont actifs physiquement, déclarent moins de stress dans leur quotidien et au travail, possèdent un sentiment d'appartenance à leur communauté plus fort, déclarent moins de problèmes de santé de longue durée, peu de mortalité infantile ( $n < 5$ ), et ont moins recours aux professionnels de la santé (médecins et spécialistes).

Par contre :

- Les milieux ruraux sont reconnus pour : une espérance de vie à la naissance plus faible et une mortalité par maladies de l'appareil respiratoire, par traumatismes (accidents de véhicules à moteur et suicides) et des tumeurs malignes plus élevées (INSPQ, 2007 - JASP). Dans la région, outre ces particularités, d'autres écarts par rapport au Québec ont trait à la proportion de naissances vivantes de mères âgées de moins de 20 ans et de mères faiblement scolarisées et des naissances prématurées qui sont proportionnellement plus élevées. Malgré la qualité de vie associée aux milieux ruraux, les indicateurs de l'environnement physique indiquent dans la région des problèmes au plan de la qualité de l'eau potable, des logements et des conditions de vie au travail. Enfin, la prévalence élevée de l'embonpoint et l'incidence du cancer ne mettent aucun doute sur la priorité régionale accordée à la lutte aux maladies chroniques.

## Améliorations notées

Malgré des écarts parfois défavorables, quelques améliorations se sont produites dans la région. D'une part, la proportion des naissances de faible poids a diminué et l'espérance de vie s'est accrue alors que la mortalité a diminué. La réduction des décès par traumatismes explique en partie ce gain de santé. D'autre part, l'offre de services ambulatoires s'est améliorée réduisant ainsi la dépendance à la ressource hospitalière quoique plus importante qu'ailleurs.

L'état de santé mentale et physique des Jamésiens est difficile à qualifier puisque bon nombre de maladies ont de faibles prévalences. C'est le cas pour les limitations d'activités et les incapacités ainsi que les problèmes liés à la dépression et au suicide. Les données utilisées se rapportent à une population de moins de 15 000 habitants limitant considérablement l'analyse statistique.

Toutefois, les données régionales disponibles montrent que le nombre de cigarettes fumées quotidiennement a diminué. Les risques liés à la santé par l'usage du tabac sont mieux connus et reconnus dans la population puisqu'on observe un peu plus de restrictions qu'antérieurement concernant l'usage du tabac à la maison.

Chez les jeunes, on observe même une baisse du tabagisme et de la consommation d'alcool. Également, d'autres comportements à risque chez les adolescents ont diminué, ce qui fait croire que la gestion des comportements à risque est une stratégie à promouvoir dans une approche globale et intégrée de prévention.

## Gains à obtenir

Encore beaucoup de gains peuvent être obtenus si l'on agit sur les déterminants de l'état de santé.

D'une part, la promotion de saines habitudes de vie devrait constituer une priorité en santé publique pour la population jamésienne, considérant que l'allaitement maternel et la proportion de personnes consommant les portions minimales recommandées de fruits et de légumes obtiennent des taux inférieurs aux cibles visées. De plus, la lutte au tabagisme, reste parmi les gains à obtenir puisque l'on remarque des proportions plus élevées d'exposition régulière à la fumée dans la région comparativement au Québec que ce soit au domicile, dans les lieux publics ou dans un véhicule. Les orientations nationales et régionales proposent non seulement de promouvoir l'adoption de comportements sécuritaires et de saines habitudes de vie, mais également de favoriser la création d'environnements sains et favorables à la santé. Pour y arriver, le partenariat intersectoriel s'avère essentiel puisque la santé de la population est fortement tributaire de l'environnement social et économique de la région et des communautés qui la composent.

Les indicateurs, interprétés à la lumière des portraits de communauté, montrent des milieux de vie plutôt propices au sentiment de bien-être. À ce titre, les données disponibles indiquent notamment une proportion légèrement plus élevée qu'avant de personnes prodiguant des soins aux personnes âgées sans rémunération. On peut anticiper qu'avec le taux de chômage à la hausse, la féminisation de la main-d'œuvre et des emplois aux exigences scolaires plus élevées : les conditions de vie pourraient se détériorer et mener vers plus de pauvreté. Depuis sa création, la région se démarquait par les revenus élevés malgré des emplois moins spécialisés. Il n'est pas dit que cette tendance sera maintenue. Or, le développement social et le

développement des communautés ont toujours été la trame de fond ayant guidé l'action régionale de santé publique. Cette orientation stratégique doit se poursuivre dans le contexte d'une approche globale et concertée du milieu.

Parmi les groupes cibles, les données indiquent que l'isolement social toucherait davantage les jeunes adultes, filles comme garçons, bien que les indicateurs utilisés renvoient à une réalité quelque peu différente selon le sexe. Les résultats montrent que la qualité du milieu de vie à l'école peut agir comme facteur de protection de la réussite des jeunes. Les interventions de santé publique doivent suivre cette piste. Par exemple, parmi les comportements sécuritaires à promouvoir, on peut nommer le port régulier du condom lors de rapports sexuels qui ne touche que la moitié des jeunes ou même des adultes. La présence d'un partenaire stable est un des principaux facteurs du non-usage du condom chez les jeunes. Heureusement que la couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les jeunes est élevée, et ce, grâce à la collaboration des écoles.

Par ailleurs, on peut énoncer l'hypothèse que la gestion de la perception des risques s'applique à d'autres formes de comportements à risque. Par exemple, malgré une proportion comparable au Québec de consommateurs d'alcool dans la région, il reste que par occasion, le nombre de consommations est plus élevé. Jeunes comme moins jeunes sont invités à une consommation responsable de l'alcool et de réduction des méfaits.

Enfin, ce portrait ne pourrait se conclure sans discuter de l'importance des soins de santé et des services sociaux comme déterminant de l'état de santé. Bien que la région se démarque par une qualité et une accessibilité de soins bien perçue dans la communauté, on remarque néanmoins une proportion inférieure à celle du Québec de personnes ayant un médecin de famille. Même si les besoins de santé non comblés de la population sont dans une proportion semblable à celle obtenue au Québec, on note que les Jamésiens consultent en proportion moindre un professionnel de la santé qu'il s'agisse d'un médecin, d'un spécialiste ou d'un dentiste. Considérant que la priorité régionale du Nord-du-Québec se consacre à la lutte aux maladies chroniques, et que souvent, les patients ignorent leur bilan de santé, il y a lieu d'approfondir la connaissance de l'organisation des services de santé en tant que déterminant. L'implantation de réseaux intégrés de services vise justement à générer des gains significatifs sur l'état de santé d'une population sur la base des meilleures pratiques où les besoins sont les plus patents.

## Bibliographie

- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Rapport sur la santé périnatale au Canada*, édition 2008, Ottawa, Agence de la santé publique, 2008, xvii, 336 p.
- BAULNE, Jimmy. *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007 : guide spécifiques des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires*, [Québec], Institut de la statistique du Québec, 2007, 86 p.
- BORDELEAU, Monique et Issouf TRAORÉ. « Santé générale, santé mentale et stress au Québec : regard sur les liens avec l'âge, le sexe, la scolarité et le revenu – Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes », *Zoom santé*, juin 2007 version révisée, p. 1-4.
- BOURDAGES, Josée, et autres. *État de santé de la population québécoise : quelques repères (2008)*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, v, 29 p.
- BOURDAGES, Josée, et autres. *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007*, Québec, Service de surveillance de l'état de santé de la population, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, [10 sections].
- CARDINAL, Lise, et autres. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, ix, 133 p.
- DIONNE, Suzanne et Sylvie JETTÉ. *L'allaitement maternel au Québec : lignes directrices*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 75 p.
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Plan d'action en santé publique du CRSSS de la Baie-James 2004-2007 : vers un développement durable pour des communautés et des individus en santé*, Chibougamau, Direction de la santé publique, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2004, 115 p.
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Portrait de la communauté Chapais*, Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2003, 19 p.
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Portrait de la communauté Chibougamau*, Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2005, 23 p.
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Portrait de la communauté Lebel-sur-Quévillon*, Chibougamau, Direction de la santé publique, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2002, 19 p.
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Portrait de la communauté Valcanton Beaucanton et Val-Paradis*, Chibougamau, Direction de la santé publique, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2004, 19 p.

- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Portrait de la communauté Villebois*, Chibougamau, Direction de la santé publique, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2004, 19 p.
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Portrait de la communauté Radisson*, Chibougamau, Direction de la santé publique, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2005, 23 p.
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Portrait de la communauté Matagami*, Chibougamau, Direction de la santé publique, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2006, 23 p.
- GAUTHIER, Julie et Anne-Marie LANGLOIS. *Programme national de santé publique 2003-2013 : mise à jour 2008*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 103 p.
- HAIEK, N. Laura, et autres. « L'allaitement maternel au Québec : coup d'œil sur les pratiques provinciales et régionales », *Zoom santé*, octobre 2006, p. 1-4.
- HAMEL, Marthe. *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : produire la santé*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 120 p.
- IMBLEAU, Monique. *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le SIDA, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement : orientations 2003-2009 – Programme national de santé publique 2003-2012 : document complémentaire*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 56 p.
- Infocentre de santé publique, [En ligne], Québec, Institut national de santé publique, consulté le 26 octobre 2007. [www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca].
- Infocentre de santé publique, [En ligne], Québec, Institut national de santé publique, consulté le 5 janvier 2008, requête paramétrable, période 2000-2003. [www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca].
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : deuxième rapport sur l'état de santé de la population du Québec – Les analyses*, Québec, INSPQ, 2006, xiii, 131 p.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : deuxième rapport sur l'état de santé de la population – Les statistiques*, Québec, INSPQ, 2006, xv, 659 p.
- JACQUES, Claudine. *Au Nord-du-Québec, nos ados nous parlent ...*, Chibougamau, Direction de santé publique, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2005, 134 p.
- JACQUES, Claudine. *Connaissez-vous les Jamésiens?*, Chibougamau, Direction de santé publique, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2006, 60p.
- JACQUES, Claudine. *Enquête sociale et de santé 1998 région du Nord-du-Québec*, Chibougamau, Direction de la santé publique, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2001, iii, 53 p.

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, 9<sup>e</sup> révision 1975, Genève, OMS, 1977, vol. 1, xxxii, 783 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : CIM-10*, 10<sup>e</sup> révision, Genève, OMS, 1993, vol. 1, iv, 1335 p.
- MÉTÉO MÉDIA. « Statistiques » In Météo média. Météo. Statistiques. [En ligne]. <http://www.meteomedia.com/> (consulté le 1<sup>er</sup> mai 2007).
- MONGEAU, Lyne, et autres. *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*, Québec, Institut national de santé publique, 2005, 23 p.
- NEIL, Ghyslaine, et autres. *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*, Montréal, Direction Santé Québec, Institut de la statistique du Québec, 2006, 85 p.
- SABAG-VAILLANCOURT, Carmen et Sara JANE MATHIEU. *Les travailleuses québécoises et les lésions professionnelles – Où en sommes-nous ? : abrégé du rapport*, Montréal, Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, 2006, 36 p.

## Annexe 1

Tableau de bord des indicateurs, des déterminants et de l'état de santé des Jamésiens

Déterminants de la santé	Prévalence régionale	Comparaison avec le Québec	Comparaison dans le temps (selon la disponibilité des données)
<b>1. Conditions de vie et milieux de vie</b>			
1.1 Proportion de naissances vivantes de mères âgées de moins de 20 ans (2003-2005)	5,9 %	+	↑
1.2 Proportion de naissances vivantes de mères faiblement scolarisées (2005)	14,7 %	+	↓
1.3 Indice d'insécurité alimentaire (alimentation précaire, 2005)	3,6 %	=	Non comparable
1.4 Sentiment d'appartenance à la communauté locale (fort et très fort, 2005)	76,1 %	+	=
1.5 Être membre d'un organisme à but non lucratif (2003)	39,2 %	+	Non disponible
1.6 Fréquence de participation aux activités d'un organisme à but non lucratif (1 fois par mois ou plus, 2003)	71,1 %	=	Non disponible
1.7 Personnes prodiguant des soins aux personnes âgées sans rémunération (2006)	15,8 %	-	↑
<b>2. Environnement physique</b>			
2.1 Eau potable (population touchée quotidiennement par un avis d'ébullition, 2004)	23,0 %	+	↑
2.2 Qualité de l'air (présence régulière de fumeurs au domicile, 2005)	30,6 %	+	=
2.3 Logements privés nécessitant des réparations majeures (2006)	11,0 %	+	=
2.4 Travailleurs exposés à certaines situations de risque en milieu de travail (ex. : efforts physiques intenses, 1998)	29,4 %	+	Non disponible

Déterminants de la santé	Prévalence régionale	Comparaison avec le Québec	Comparaison dans le temps (selon la disponibilité des données)
<b>3. Habitudes de vie et comportements favorisant la santé</b>			
3.1 Allaitement maternel non exclusif (à la sortie de l'hôpital, 2005-2006)	74,9 %	-	Non disponible
3.2 Consommation recommandée de fruits et de légumes (2003)	43,5 %	=	Non disponible
3.3 Activité physique dans les loisirs chez les 18 ans et plus (2005)	43,2 %	+	=
3.4 Usage du tabac (fumeurs réguliers et occasionnels, 2005)	29,9 %	+	↓
3.5 Consommation d'alcool (fréquence de cinq consommations et plus dans une même occasion au moins une fois par mois, 2005)	24,3 %	=	=
3.6 Consommation de drogues (1998)	23,3 %	+	Non disponible sauf pour les jeunes où l'on note une amélioration
3.7 Comportements sécuritaires reliés à la contraception et à la lutte aux ITSS (port du condom lors de la dernière relation sexuelle chez les 15 à 24 ans, 2005)	65,6 %	=	Non comparable
3.8 Couverture vaccinale contre l'influenza (personnes de 50 ans et plus, 2005)	49,6 %	=	=
<b>4. Utilisation des services sociaux et des soins de santé</b>			
4.1 Qualité des soins dans la communauté (bonne à excellente, 2003)	77,5 %	=	Non disponible
4.2 Accessibilité des soins de santé reçus dans leur communauté (2003)	70,4 %	+	Non disponible
4.3 Avoir un médecin de famille (2005)	68,9 %	-	Non disponible

Déterminants de la santé	Prévalence régionale	Comparaison avec le Québec	Comparaison dans le temps (selon la disponibilité des données)
4.4 Consultation d'un professionnel de la santé incluant un médecin ou un spécialiste (2005)	89,4 %	-	=
4.5 Besoins de santé non comblés (2005)	11,2 %	=	=
4.6 Visite chez le dentiste (2005)	47,7 %	-	=
4.7 Soutien à domicile (couvert ou non par l'État, 2005)	4,5 %	=	Non comparable
4.8 Services assurés (médicaments, 2003)	92,1 %	+	Non disponible
4.9 Temps écoulé depuis la dernière mammographie (intervalle de moins de 2 ans, 2005)	41,7 %	=	=
4.10 Test de PAP (intervalle de moins de 3 ans, 2001-2003)	83,3 %	+	↓
4.11 Avortements à l'adolescence (14 à 19 ans, 1999-2003)	15,5 %	=	=
4.12 Consommation de médicaments (au moins 1, 2003)	58,2 %	-	Non disponible
4.13 Taux bruts d'hospitalisation (2004-2005 à 2005-2006)	1 806/10 000	Non comparable	↓
4.14 Proportion de chirurgies d'un jour (2005-2006)	29,2 %	+ (taux)	↑
4.15 Rétention hospitalière pour les soins de courte durée (2003-2006)	53,7 %	Non applicable	↓
4.16 Hospitalisations évitables liées à des conditions propices aux soins ambulatoires (2001-2004)	83,5/10 000	+	Non disponible

État de santé	Prévalence régionale	Comparaison avec le Québec	Comparaison dans le temps (selon la disponibilité des données)
<b>5. État de santé physique</b>			
5.1 Population se percevant en excellente santé (2005)	25,2 %	=	=
5.2 Indice fonctionnel de l'état de santé (problème modéré à sérieux, 2003)	12,6 %	=	Non disponible
5.3 Limitations d'activités (2005)	24,4 %	=	=
5.4 Blessures (non dues à des mouvements répétitifs, 2005)	12,8 %	=	=
5.5 Incapacité (au cours des deux dernières semaines, 2005)	15,2 %	=	=
<b>6. État de santé psychosociale et mentale</b>			
6.1 Population se percevant en excellente santé mentale (2005)	40,9 %	=	=
6.2 Satisfaction de la vie («très satisfait» : relations avec les membres de la famille, 2005)	49,4 %	=	Non disponible
6.3 Stress quotidien et au travail élevé (2005)	Quotidien 18,1 % Travail 26,6 %	-	Non comparable
6.4 Risque de dépression (cas probable, 2005)	4,4 %	=	=
6.5 Idéations suicidaires au cours de leur vie (2005)	13,7 %	=	=
<b>7. Morbidité</b>			
7.1 Naissances de faibles poids (2002-2005)	5,7 %	=	↓
7.2 Naissances prématurées (2002-2005)	8,3 %	+	↑

État de santé	Prévalence régionale	Comparaison avec le Québec	Comparaison dans le temps (selon la disponibilité des données)
7.3 Indice de masse corporelle (2005)	50,0 %	+	=
7.4 Problème de santé de longue durée (2005)	65,3 %	-	=
7.5 Taux ajusté d'incidence du cancer (1999-2002)	64/10 000	+	↑
7.6 Taux ajusté d'hospitalisation selon le diagnostic principal (2000-2004)	1 321/10 000	+	↓
7.7 Incidence des ITSS (2005)	12,2 %	=	=
<b>8. Mortalité</b>			
8.1 Espérance de vie à la naissance (2000-2003)	H : 75,2 ans F : 80,3 ans	=	↑
8.2 Mortalité périnatale et infantile	< 5	Non applicable	Non applicable
8.3 Taux ajustés de mortalité (2000-2003)	716 /100 000	=	↓
8.4 Taux des années potentielles de vie perdues (1999-2003)	6 022,3 /100 000	=	↓
8.5 Taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes (2000-2003)	32,7/10 000	+	↑

Légende :  Indicateur régional favorable par rapport au Québec.  
 Indicateur régional défavorable par rapport au Québec.



